5e Année. No 10. 1er Octobre 1884

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIV

CE NUMERO CONTIENT UN SUPPLEMENT DE 16 PAGES.

5e Année. N° 10. 1er Octobre 1884.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

De l'épistaxis.

Par le docteur Voltolini (de Breslau).

(Traduit de l'allemand par le docteur Schiffers *(de Liège*

Les cornets du nez, qui sont déjà par eux-mêmes les os les plus minces de tout le squelette, acquièrent encore plus de délicatesse par les ouvertures sans nombre dont ils sont traversés pour servir au passage des vaisseaux. Ils sont entourés d'un tissu spongieux (portion caverneuse), analogue à celui qui existe dans le pénis. Ce tissu renferme, à la manière d'une éponge, de grandes cavités qui sont remplies par des vaisseaux largement béants (1). Il est vraisemblable de supposer que cette énorme accumulation de sang dans le nez a pour but, d'un côté, de servir d'appareil régulateur de la chaleur, afin que l'air n'arrive pas trop froid dans les poumons et, de l'autre, de fournir aux nombreuses glandes muqueu-

(1) Pour plus de détails, voir les dessins et les reproductions de coupes microscopiques dans le livre : *La rhinoscopie et la pharyngoscopie*, par Voltolini, 2e édition, Breslau-Morgenstern, 1879.

ses le moyen de sécréter suffisamment de mucus, pour lubrifier toujours le nez, malgré le passage continuel de l'air, et rendre possible l'exercice du sens de l'odorat.

La structure des cornets du nez, la disposition et la direction particulière des vaisseaux expliquent comment des épistaxis abondantes, parfois dangereuses, peuvent se produire. Il est déjà arrivé que plus d'un sujet a payé de sa vie de telles hémorrhagies, soit directement, soit consécutivement à l'épuisement qui en était résulté.

Il est également facile de comprendre que des pertes sanguines sérieuses peuvent survenir lors des opérations pratiquées dans le nez. Dieffenbach, lui-même, a déjà attiré l'attention sur cette complication. Il dit (1) que l'opération des polypes fibreux, résistants, réclame toute l'habileté, toute l'assurance et le sang froid d'un chirurgien expérimenté. La souffrance du malheureux patient, à qui les premières voies respiratoires et digestives sont obstruées par des excroissances plus ou moins volumineuses, qui se débat continuellement contre la torture produite par le manque d'air et de nourriture, et exprime ses angoisses par des sons inarticulés et l'aspect effrayant de sa physionomie, est certainement bien faite pour stimuler le courage de l'opérateur et l'engager à être entreprenant. Mais il doit jouir d'un grand sang-froid, car il est presque toujours dans l'alternative de voir suffoquer le malade, quand il fait la ligature du polype, ou d'assister à la mort produite par hémorrhagie, quand il enlève la tumeur, ou enfin, il peut se trouver dans le cas de ne pas être à même de terminer l'opération. Quoique suffisamment armé contre l'un ou l'autre de ces accidents, j'ai cependant été souvent sur le point de voir survenir l'un deux.

Je parlerai seulement plus tard du *traitement* des hémorrhagies qui peuvent arriver, soit dans les narines antérieures, soit dans les narines postérieures (cavité naso-pharyngienne) à la suite des opérations qui ont été pratiquées dans ces régions. Je désire surtout attirer l'attention sur une variété d'hémorrhagie du nez qui est encore peu connue, quoiqu'elle soit parfois mortelle et

(1) Voir *Die operative Chirurgie von Dieffenbach,* Band I, p. 278.

qu'elle ne vienne pas si rarement; elle est aussi habituelle.

L'année dernière, le docteur Ottomar CHIARI, privatdocent à l'Université de Vienne, a publié un article où il traite à fond cette question (1). Je partage complètement la manière de voir de cet auteur, qui se trouve d'accord avec ce que m'a appris l'expérience.

Dans ce travail, je ne ferai qu'ajouter des détails à l'étude de mon confrère. J'ai décrit dans mon livre (2) le premier cas de cette variété d'hémorrhagie, dont l'origine était dans un point tout à fait circonscrit. C'est le suivant : Un homme (de Dresde), âgé de 42 ans, souffrait depuis plus d'un an et demi d'épistaxis fort sérieuses, qui survenaient sans cause particulière, à des intervalles plus ou moins longs. C'est en vain qu'il avait consulté à Dresde, Leipzig et Vienne. Il revenait un jour de cette dernière ville; l'hémorrhagie était arrêtée, lorsque pendant le voyage, elle reprit avec une telle violence, que le conducteur fit arrêter le train, pensant que quelqu'un s'était tué sur la voie! Le malade me fut adressé en décembre 1871 et resta à Breslau pendant trois mois. Pendant des semaines, j'avais arrêté l'hémorrhagie à différentes reprises, surtout au moyen d'injections souscutanées d'ergotine, employée également dans la muqueuse du nez.

Cependant l'hémorrhagie apparut de nouveau subitement et devint tellement abondante que la mort semblait imminente; l'anémie était portée au plus haut point. Le malade avait conscience de la gravité de son état; aussi fit-il venir son domestique chez moi avec la mission de télégraphier aussitôt à Dresde, si la mort survenait; l'examen du nez ne se faisait jamais en effet sans danger. Ni la rhinoscopie antérieure, ni la rhinoscopie postérieure, malgré l'examen le plus minutieux, ne m'avaient permis de découvrir la source de l'hémorrhagie. C'est alors que j'eus recours au nouveau spéculum (3) avec la lumière du soleil. Je l'introduisis aussi profondément

(1) *Das habituelle Nasenbluten und seine Behandlung*, von Dr. O. Chiari, in Allgem. Wiener medic. Zeitung, n° 24, 1883.

(2) Loc. citat., p. 81

(3) Loc. citato., fig. 13.

que possible dans le nez, je laissai pénétrer la lumière sur le côté par le tube approprié, et je pus examiner dans les différentes directions la cavité des narines. Je parvins alors à découvrir, dans la narine droite, entre le cornet moyen et le cornet inférieur près de l'antre d'Hygmore, une petite excroissance, d'où je vis nettement sourdre le sang. Aussitôt je l'opérai à travers mon spéculum, en y glissant un galvano-cautère fin, coudé; je détruisis ainsi la tumeur. Depuis cette époque (il y a 12 ans), l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite.

Il est possible qu'il s'agissait dans ce cas d'un petit angiome, comme le pense Chiari; ce n'est cependant pas absolument certain.

Mais j'ai aussi constaté d'autres hémorrhagies habituelles chez des jeunes gens et chez des vieillards. Le plus souvent, comme Chiari l'indique, le sang venait d'une petite place située dans la partie antérieure de la portion cartilagineuse de la cloison, dont l'étendue ne dépassait pas la grosseur d'une tête d'épingle. Cette place apparaissait comme une petite varice ou une télangiectasie; l'observation que j'ai faite, que le sang s'écoulait aussitôt que le galvano-cautère était passé sur la tumeur, confirme cette manière de voir.

J'ai même vu cette espèce d'hémorrhagie se montrer chez une dame de 86 ans. Celle-ci souffrait depuis longtemps de graves hémorrhagies habituelles, provenant de la narine gauche; son médecin était parvenu à arrêter le sang, grâce à l'emploi de toute la série des styptiques.

Après un certain temps, il survint des hémorrhagies de la narine droite; elle vint me trouver, en désespoir de cause, après que tous les moyens avaient été employés sans succès.

Les hémorrhagies se montraient ordinairement presque toutes les nuits; ce qui faisait que cette dame n'allait jamais au lit sans les plus grandes appréhensions. Le sang arrivait aussi quelquefois pendant le jour, au moment du repas. Je découvris à la partie antérieure de la portion cartilagineuse de la cloison, une petite place qui ressemblait à un point variqueux.

Lorsque je la touchai avec le galvano-cautère, l'hé-

morrhagie apparut aussitôt. Si je n'eusse pas été sûr de mon fait, je me serais abstenu de continuer l'opération, à cause de la résistance qu'opposait la malade, qui se trouvait dans un état d'angoisse inexprimable. J'aurais eu grand tord d'abandonner la partie; car en cautérisant énergiquement la place d'où venait le sang, l'hémorrhagie s'arrêta d'une façon définitive. Je recueillis ainsi tous les bénéfices de cette cure, que ma patiente considérait comme miraculeuse.

Chez un jeune homme, qui depuis plusieurs années était atteint de saignements de nez habituels et avait une anémie profonde, j'ai vu se développer l'hémorrhagie par diapédèse; du moins je n'ai pas été en état de lui assigner une autre cause. Le résultat du traitement plaide en faveur de cette opinion; car je parvins à être maître de la perte de sang, en passant le long des deux cornets inférieurs du nez avec la surface du galvanocautère.

Les anatomo-pathologistes connaissent de longue date les échanges intimes qui se font entre le sang et les parois des vaisseaux; dans les maladies de celui-là ou de ceux-ci, il se produit des hémorrhagies *per diapedesim* (1).

C'est ainsi que l'on voit, après la morsure de serpents vénimeux, surtout aux membres, de nombreuses ecchymoses; il est vraisemblable que le poison de l'animal agit par une action paralysante sur les vaisseaux et produit de cette manière ces hémorrhagies.

Mais les pertes de sang du nez, qui proviennent d'une petite varice ou d'une télangiectasie de la cloison, paraissent tout à fait inconnues aux anatomo-pathologistes; du moins, je n'en trouve pas de traces dans l'œuvre déjà citée de Cohnheim. Il est, pour ce motif, d'autant plus permis de parler de cette lésion et de la porter à la connaissance du monde médical.

Quand à ce qui concerne les causes prédisposantes de ces hémorrhagies nasales, je ne puis guère en invoquer d'autre que la disposition anatomique de l'organe, qui,

(1) Voir *Vorlesungen über allgemeine Pathologie*, von Cohnheim. Band I, p. 316. Berlin, 1877.

à cause de son extrème richesse en vaisseaux, est très exposé au développement de varices, à des télangiectasies et à des pertes de sang *per diapedesim*. Nous avons indiqué plus haut la raison physiologique probable de cette richesse vasculaire.

Dans les traités récents d'anatomie, je ne trouve pas sur la disposition des vaisseaux de figures qui soient aussi instructives que celles des anciens auteurs. Dans le grand Atlas de Weber (d'aprés Sömmering) la reproduction de la table XVIII fig. XVII et XVIII donne une idée très complète de la grande richèsse en vaisseaux de toute la cloison du nez, dont les artères et les veines ont été injectées préalablement au cinabre.

Les hémorrhagies dues à cette cause, venant de la cloison du nez, se montrent à tous les âges. Aujourd'hui même, pendant la rédaction de cette note, est venu chez moi un malade de trente et un ans, qui est atteint de cette variété d'hémorrhagies *depuis son enfance*. Chaque fois qu'il veut se moucher fortement, il perd aussitôt du sang, et cela toujours de la narine droite. Le même phénomène se produit pendant l'examen, au moment de l'introduction du speculum. J'ai parlé plus haut d'une dame de 86 ans qui était atteinte de la même lésion.

D'après ce que nous avons déjà rapporté, ce qui concorde avec l'observation de Chiari, on voit que les hémorrhagies habituelles siègent presque sans exception à la portion cartilagineuse de la cloison. Si nous considérons que dans aucune autre région du corps, il n'arrive aussi facilement des hémorrhagies que dans le nez, il faut inévitablement admettre que la cause doit être cherchée dans la texture même de l'organe, c'est-à-dire dans la disposition et le nombre des vaisseaux qui le parcourent. La même structure anatomique de l'utérus peut également seule expliquer les hémorrhagies périodiques dont cet organe est le siége. (Remarquons en passant, si extraordinaire que cela paraisse, que l'on ne sait pas encore de nos jours de quelle manière intime se produit cette hémorrhagie physiologique de la menstration! *Loc, citato. Cohnheim* p. 315.)

Comme nous l'avons vu, l'hémorrhagie nasale qui nous occupe, a son siége presque exclusif dans la portion

cartilagieuse de la cloison. Je ne puis souscrire à l'opinion de ceux qui soutiennent que l'hémorrhagie se produit, parce que les vaisseaux viennent de l'os et restent béants, lorsqu'ils subissent une lésion dans leur calibre. La perte de sang n'a lieu en effet que dans la portion cartilagineuse de la cloison.

Quant au *traitement* de ces hémorrhagies, j'ai, dans tous les cas, eu recours à la galvano-caustique que je considère comme un remède souverain, capable d'amener sûrement et pour toujours la guérison.

Il faut, avant tout, chercher à découvrir le siège de l'hémorrhagie et ne pas s'accorder de trève avant d'être arrivé au but. Pour y parvenir, je recommande l'emploi des appareils et instruments que j'ai décrits dans l'ouvrage déjà cité. *Je préfère de beaucoup l'éclairage à la lumière solaire* que je cherche dans tous les cas à utiliser. (1)

Cela fait, aussitôt que l'on a découvert le point d'où vient le sang, on le touche énergiquement avec le galvano-cautère rougi par le courant. Je recommande, dans cette opération, de ne pas chauffer le galvano-cautère jusqu'au rouge-blanc, parce qu'alors il agit trop profon dément, mais de s'en servir seulement quand il est arrivé au rouge. S'agit-il d'une hémorrhagie *per diapedesim* venant des cornets, on passe sur le point lésé avec le plat de la lame du galvano-cautère. Après l'opération, on fait garder la chambre au sujet, et pendant quelques jours on ordonne l'application de compresses froides, jusqu'à ce qu'il se montre de la suppuration.

Plus grandit mon expérience et plus j'opère dans le nez, plus j'apporte mes soins au *traitement consécutif*. Autrefois j'ai vu, en effet, mourir des malades de pyhoémie, de septicémie et de méningite, parce qu'après l'opération ils avaient considéré la chose trop légérement et ne s'étaient pas mis à l'abri des refroidissements et des autres influences nuisibles. Aussi ai-je pour principe, *même à la suite d'une opération en apparence peu importante*, de ne pas laisser quitter la chambre aux malades, ni en été ni en hiver, avant que les phénomènes inflammatoires se soient dissipés. Je ne puis pas notamment assez insister

(1) *Loc. cit.*

pour défendre aux malades de voyager, aussitôt après l'opération, si petite soit-elle. Les malades tourmentent l'opérateur pour qu'il leur permette de se mettre en route; j'ai vu, dans un cas de ce genre, se développer un érysipèle très grave de la tête.

Il faut toujours avoir présent à l'esprit qu'aucune région n'est aussi exposée à l'infection que le nez, qui sert de porte d'entrée à l'appareil respiratoire. Ce qui est suspendu dans l'atmosphère : poussières, corps étrangers, etc., pénètre donc dans les narines et peut devenir la cause de désordres ultérieurs. Le malade qui voyage en chemin de fer, à certaines époques de l'année surtout, sera naturellement plus exposé, s'il vient de subir une opération. Si je lui permets de se mettre en route dans ces conditions, ce n'est qu'après qu'il a eu soin de boucher les narines avec des tampons d'ouate salicylée.

Je ne me souviens pas d'un seul malade, chez lequel j'ai dû cautériser plus d'une fois le point lésé, pour obtenir dans ces cas une guérison durable. Dans mes opérations galvano-caustiques, je me sers de mon appareil qui a été décrit ailleurs (1). Je ne puis pas assez recommander de ne pas employer des batteries compliquées, telles que celles qui sont pourvues d'un galvanomètre. Ce sont des accessoires inutiles, dont la physique ne justifie pas l'usage; ils ne font qu'augmenter le prix de l'appareil. Si l'on veut cependant avoir recours au galvanomètre, il suffit de se procurer une aiguille magnétique ordinaire, que l'on placera simplement sur la table, à côté de la batterie. On pourra alors observer une déviation plus ou moins prononcée, lorsque le courant sera fermé, surtout si l'on porte les fils conducteurs tout à fait près de l'aiguille magnétique, ou mieux encore, si on les passe autour de cette dernière. Il n'est donc absolument pas nécessaire de réunir la batterie à l'aiguille magnétique, et on peut obtenir à chaque instant, avec notre procédé, le galvanomètre le plus recommandable (2).

(1) Il a été construit par M. Brade, fabricant d'instruments de chirurgie, 31, Hummerei à Breslau.

(2) Les avantages de l'accumulateur ont été indiqués par le docteur L. Bayer dans cette même *Revue* et dans une note beaucoup plus détaillée du même auteur, qui a paru dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Nasen-Rachen-Kehlkopf und Luftröhren-Krankheiten*. N° 10, 1883. — *Accumulator und galvanocaustik*.

Nous ajouterons que nous même nous nous servons de l'accumulateur depuis plus de six mois, et que l'expérience que nous en avons faite se montre très atisfaisante. *Note du traducteur*.

Quant à ce qui concerne les hémorrhagies nasales d'une autre origine, qu'elles surviennent spontanément ou à la suite d'opérations, elles peuvent quelquefois acquérir un caractère fort dangereux. Dans ces cas, voici ce qu'il faut faire : le procédé le plus rapide et le plus simple est de fermer d'abord complètement le nez du malade pendant 5 à 10 minutes; en même temps il faut avoir soin de faire tenir la tête un peu en avant, pour que le sang ne coule pas dans l'arrière-gorge, autrement il peut tomber dans l'estomac, à l'insu du sujet, qui en avalera quelquefois plusieurs litres, jusqu'à ce qu'il survienne des nausées et enfin des vomissements. L'épuisement qui s'ensuit chez un sujet déjà affaibli, peut avoir des conséquences fatales. Aussi, faut-il examiner la gorge du malade,faire exécuter des mouvements de déglutition, et s'assurer si du sang ne coule pas à la paroi postérieure du pharynx ou s'il n'en dégoutte pas de la luette. Le sang s'écoule-t-il, et la fermeture du nez ne suffit-elle pas à arrêter l'hémorrhagie, on doit alors tamponner le nez avec de l'ouate *sèche.* On fera cette opération le plus vite possible, — la rapidité d'exécution importe beaucoup ici — en ayant recours à mon *speculum nasi* (1) pour introduire profondément un tampon l'un après l'autre au moyen d'une longue pince à polypes ou d'une pincette, jusqu'à ce que tout le nez soit bouché. On peut sans danger laisser séjourner le tampon 24 heures, si l'on craint un retour de l'hémorrhagie. J'ai également eu recours avec grand avantage à ce tamponnement dans des opérations pratiquées sur la cavité naso-pharyngienne; je le faisais au préalable, quand j'avais lieu de craindre une hémorrhagie grave dans le cours de ces dernières. De cette manière, j'ai souvent pratiqué avec le galvanocautère des opérations d'une longue durée, sans qu'une hémorrhagie survînt.

Ce procédé du tamponnement ne réussit-il pas cependant à arrêter l'hémorrhagie, il ne faut pas perdre de temps à faire des injections, à employer la sonde de Belloc, etc. Alors le danger presse, ces procédés sont le plus souvent sans résultats; il faut immédiatement

(1) *Loc. citato.* p. 65, fig 10.

recourir au tamponnement du pharynx nasal, la partie antérieure des narines étant, comme il a été dit plus haut, fermée par des tampons. Je pratique ce dernier en me servant d'une pince à polypes ou d'une pincette à courbure convenable, qui permet de remplir la cavité naso-pharyngienne de tampons d'ouate sèche, de la grosseur d'une prune ou d'une orange. Cela fait, on se sert encore pendant 10 à 15 minutes de l'instrument comme d'un levier pour exercer une pression de bas en haut sur les tampons mis en place. Pour plus de sécurité, on peut attacher ces tampons avec un fil qui pend hors de la bouche et est attaché au pavillon de l'oreille ou à la tête du malade, et permettra à ce dernier de dormir la nuit en toute sécurité.

L'introduction des tampons d'ouate dans la cavité naso-pharyngienne n'est pas du reste si facile ni si simple qu'on peut le penser *à priori;* elle doit en tout cas être faite rapidement, parce que les retards peuvent avoir ici des conséquences fatales, le sang s'écoulant quelquefois en abondance. Ainsi, quand on arrive avec le tampon à la paroi postérieure du pharynx, le voile du palais se contracte énergiquement et ferme la région du pharynx nasal. Si l'on persiste à vouloir continuer l'opération, il se produit des vomituritions incessantes, et le malade se refuse absolument à toute nouvelle tentative. Pour vaincre ces difficultés, il faut avoir recours à un instrument que j'ai déjà recommandé (1) et qui est destiné à accrocher en quelque sorte le voile du palais. J'ai toujours mis avec succès ce procédé en usage (2).

Je tiens de la main gauche mon instrument; je l'introduis rapidement derrière le voile du palais que j'attire en avant énergiquement, et au même moment, je pousse vite le tampon dans le pharynx nasal au moyen de la pince. Je continue à agir de même pour l'introduction de

(1) *Loc. citato.* p. 17, fig. 4.

(2) Nous avons eu l'occasion de voir employer cet instrument, lors d'une visite que nous avons faite à Breslau, en juillet 1882, à la clinique de notre estimé confrère, le docteur VOLTOLINI. Nous avons pu nous convaincre qu'il en faisait un fréquent usage et que son crochet était à même de lui rendre de grands services, non seulement dans le cas d'hémorrhagie nasale, mais encore quand il s'agit de faire de la rhinoscopie postérieure, chez des sujets difficiles, où le voile du palais se soulève continuellement. *Note du traducteur.*

chaque nouveau tampon. Les narines antérieures et postérieures étant ainsi parfaitement tamponnées, l'hémorrhagie doit s'arrêter, et de fait, c'est ce qui arrive ; le danger a été ainsi conjuré.

J'ai déjà (1) exprimé mon opinion sur la sonde de Belloc et fait remarquer que l'instrument ordinairement en usage est trop massif et trop lourd. J'ai dit que si la cavité du nez n'est pas large, il ne peut être introduit. (Chez les enfants, ce sera la règle.) Il n'y a du reste pas de raison de recourir à un tube si volumineux, qui est uniquement destiné à introduire dans le nez un fil fin. On peut donc se servir d'un instrument d'un calibre tout à fait réduit. Du reste mon expérience m'a appris à ne pas m'arrêter longtemps à employer la sonde de Belloc. Son introduction dure trop de temps, et en demande en tout cas plus que celle des tampons. Son usage n'est pas aussi certain, et elle ne sert même quelquefois à rien (2). Les sarcomes, les fibromes, etc., siègent ordinairement à la paroi supérieure du pharynx nasal ; or la sonde de Belloc exerce son action principale, au moyen du tampon, à la partie inférieure des fosses nasales postérieures, de sorte que le sang continue à couler sans interruption sur le tampon. Aussi recommandé-je avant tout l'opération pratiquée au moyen de la pince. Si dans le cas d'une hémorrhagie abondante, on n'avait pas de pince sous la main, on pourrait se servir du doigt pour introduire les tampons dans la cavité du pharynx nasal, quitte à les y fixer au moyen d'une tige métallique ou d'un bois quelconque suffisamment recourbé.

(1) *Loc. citato.* p. 262.

(2) Nous n'avons jamais eu recours qu'une seule fois à la sonde de Belloc. C'était, il y a plusieurs années, chez une vieille dame atteinte d'une épistaxis durant déjà depuis longtemps et menaçant de se terminer mal. Nous fîmes le tamponnement des fosses nasales postérieures avec la sonde de Belloc, suivi de celui des narines antérieures. L'hémorrhagie finit par s'arrêter. Les tampons des fosses nasales postérieures, que nous laissâmes en place pendant plus de 8 heures, n'étaient pas du tout souillés par le sang. C'était l'obturation des fosses nasales antérieures qui avait seule agi ; l'emploi de la sonde de Belloc ne nous avait donc servi à rien. Sans avoir pratiqué la rhinoscopie antérieure, nous sommes persuadé que dans ce cas nous avons eu affaire à une hémorrhagie, dont le siège était très probablement à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse. C'est ce qui arrive le plus souvent ; la sonde de Belloc est donc pour le moins superflue, sinon dangereuse, puisqu'il est avéré que la présence des tampons au voisinage des trompes peut produire une otite moyenne suppurée intense. (Hartmann, Löwenberg, Gellé.) *Note du traducteur.*

APPENDICE

Si nous résumons la partie essentielle de la note de notre estimé confrère, le docteur Voltolini, nous dirons que pour arrêter un saignement de nez, au lieu de pratiquer le tamponnement (sens ordinaire attaché ici à ce mot) il suffit d'introduire dans la narine correspondante un tampon d'ouate simple ou d'ouate de Bruns et de pincer le nez. Ce moyen simple et facile réussira le plus souvent, puisque presque toujours la source de l'hémorrhagie siège dans la partie antérieure et inférieure de la cloison cartilagineuse médiane, plus rarement sur le cornet moyen ou inférieur. Quelquefois il sera utile d'imbiber le tampon de perchlorure de fer; en tout cas il faudra, par crainte de récidive, apprendre au malade où il doit exactement placer le tampon.

Si ce moyen ne suffit pas, il faut toucher le côté de la cloison qui donne le sang avec le crayon de nitrate d'argent. Le galvano-cautère sera dans certains cas indispensable; si on l'a sous la main, il sera toujours avantageux de l'employer, puisqu'il réussit à coup sûr, ordinairement après une seule application. Nous avons déjà nous même exprimé cette opinion en 1882. (Voir *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, année 1882. p. 368.)

Le docteur Calmettes dans un article paru dans la *Gazette médicale* (*Epistaxis; diagnostic* et *traitement*) arrive aux mêmes conclusions.

Il en est de même du docteur Kiesselbach, qui ayant perdu un malade d'épistaxis, se mit à faire des recherches sur la source de l'hémorrhagie. Voir son article dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, 1884, n° 24 : *Über spontane Nasenblutungen*.

Sur un cas d'aphonie simulée;

par le Dr, Emile Duponchel, médecin-major.

Si l'on n'en est plus réduit, à l'époque actuelle, à faire la démonstration de l'utilité pratique du laryngoscope, il faut bien reconnaître qu'il règne encore, dans le public médical, une inexplicable indifférence, un certain

scepticisme, en raison desquels la pratique des examens laryngoscopiques, est encore trop peu répandue et demeure, on ne sait vraiment pourquoi, l'apanage du petit nombre des praticiens. Laissant de côté l'immense intérêt scientifique que présente l'étude du larynx, par l'examen direct, nous allons relater un fait absolument pratique et susceptible d'intéresser tous ceux que l'analyse et la découverte des simulations ne sauraient laisser indifférents : médecins des armées, des sociétés de secours, des pénitenciers, des prisons, médecins légistes de tout ordre. — L'apparente banalité du fait contribuera, ellemême, à démontrer combien il est nécessaire de répandre l'emploi du laryngoscope, et prouvera qu'il devrait occuper dans l'arsenal des médecins que nous venons d'énumérer, une place aussi importante que l'ophthalmoscope, lui-même, si généralement utilisé par eux depuis quelques années.

OBSERVATION

B... Pierre, né à Cenon (Ille-et-Vilaine), fait partie de la classe 1882, il a devancé l'appel et est incorporé à la 18e section d'ouvriers d'Administration, à Bordeaux, le 23 février 1883; profession antérieure : boulanger; aucun antécédent morbide, il est inscrit sur le registre d'incorporation du corps de troupe dont il fait partie, avec la mention : constitution *très bonne.*

Il se présente à notre visite le 20 avril 1883, avec une voix très rauque, il a de la fièvre, des rales sonores dans la poitrine, et nous l'envoyons à l'hôpital militaire sous le diagnostic, *laryngo-bronchite.* C'est durant son séjour à l'hôpital qu'il semble avoir préparé ses projets de simulation, il écrit en effet des lettres pressantes à son Commandant, pour obtenir de lui, un certificat d'origine de maladie, expliquant qu'il a contracté son mal en travaillant le 12 avril précédent, à éteindre l'incendie de la Manutention militaire.

Il sort de l'hôpital le 5 juin, 42 jours après son entrée; son billet de sortie porte le diagnostic : *aphonie* et la note suivante de M. le médecin-major Bouchard : « Cette affection a résisté à tous les traitements employés; l'examen laryngoscopique n'a rien révélé; l'état général de cet homme est excel-

lent; il peut rendre des services dans la position de planton. »

Nous demandons et obtenons aussitôt l'emploi désigné, mais B... revient bientôt à la visite, sa voix s'obscurcit tous les jours davantage, il arrive graduellement à ne plus émettre aucune résonnance, à parler absolument à voix basse; incapable de se faire entendre de ses camarades, il ne peut, affirme-t-il, rendre aucun service d'aucune sorte. Ces assertions nous paraissent d'emblée très exagérées, car la respiration s'effectue normalement et sans la moindre gêne; il n'y pas de rougeur à l'arrière gorge, pas de rales dans la poitrine. Nous faisons entrer le prétendu malade à l'infirmerie régimentaire pour mieux l'examiner; l'observation psychologique confirme chaque jour, notre première impression; le traitement par les balsamiques à l'intérieur, les révulsifs cutanés dans la région laryngée, échouent aussi bien que les procédés d'intimidation; malgré la surveillance la plus attentive, B... continue à parler à voix basse et ne se dément pas une seule fois. Pour démasquer sa fraude, nous ne croyons pas devoir employer la chloroformisation, et l'infirmerie, n'étant pas pourvue des instruments nécessaires, nous ne ne pouvons recourir ni à l'emploi de l'électricité, ni au moyen scientifique et probant par excellence, la laryngoscopie.

C'est alors que nous conduisons notre sujet à la clinique de M. le docteur Moure, qui pratique, en notre présence, un examen attentif du larynx; nous ne trouvons rien d'anormal, à peine les cordes vocales sont elles un peu rosées.

Pour expliquer une aphonie aussi complète, il faudrait forcément constater un défaut de rapprochement des cordes, une paralysie nettement appréciable, ou bien quelque altération profonde des tissus; rien de tout cela n'existe, la glotte s'ouvre et se ferme parfaitement; les aryténoïdes exécutent leurs mouvements normaux et la petite rougeur que nous voyons absolument incapable, du reste, de produire une semblable aphonie, peut très bien s'expliquer par les efforts continuels auxquels B... se livre pour retenir sa voix. M. Moure pense avec nous que les signes locaux confirment absolument les présomptions antérieures et qu'il y a simulation.

Mais notre homme ne se rend pas pour cela, il continue à parler à voix basse; quelques moyens coercitifs que nous

employions, sans trop de confiance, ont le sort des efforts précédents ; le 1er septembre, après plus de deux mois de séjour à l'infirmerie, il n'a pas été surpris un seul instant parlant autrement qu'à voix basse ; il répond à nos reproches et nos menaces par des larmes abondantes, de véritables scènes de désespoir, il a fini par convaincre notre entourage de la réalité de son affection et nous sommes très certainement accusé tout bas d'ignorance et de barbarie.

Nous recourons alors à un nouvel examen laryngoscopique, mais B..., qui est fort intelligent, a profité de sa présence à deux cliniques de laryngoscopie ; il a évidemment observé que pour la pratique de l'examen du larynx, on faisait toujours prononcer l'articulation Eh ! et que l'on reprenait ceux qui prononçaient Ah ! Quand vient son tour, il est impossible de lui faire émettre un Eh ! il émet à voix basse un Ah ! encore retient-il sa voix de telle sorte que les cordes vocales semblent ne plus se rapprocher aussi parfaitement qu'au précédent examen, et qu'il y aurait, en vérité, de quoi être ébranlé dans nos convictions.

C'est alors que M. Moure introduit brusquement une sonde laryngée, jusqu'au contact des cordes, la surprise ou la douleur font aussitôt émettre un cri nettement articulé. B... se ravise aussitôt, mais nous l'informons qu'il est pris, qu'il n'a plus désormais qu'à se rendre, sinon nous allons demander pour lui les peines les plus graves. Il finit en effet par céder, mais en observant la gradation la plus savante, commençant par émettre des sons obscurs, dans lesquels l'effort pour retenir sa voix se trahit visiblement ; au bout de huit jours seulement, tout traitement étant suspendu, il se décide à parler d'une façon normale, et nous le renvoyons à son corps où il n'a cessé depuis de parler avec la plus grande facilité et de chanter au besoin.

Cette observation peut donner lieu à quelques réflexions utiles au point de vue de la médecine légale militaire ; si l'habileté et la ténacité des simulateurs, sont choses bien connues, il en est d'autres qui le sont moins comme l'époque du début des simulations dans l'armée. Remarquons qu'ici les manœuvres ont commencé trois mois environ après l'incorporation ; c'est là une des époques classiques où il faut particulièrement se défier des asser-

tions des recrues et surtout des engagés volontaires; ils commencent dès lors à trouver le métier dur, les espérances d'avenir dont ils s'étaient bercés, quelque peu aléatoires, mais c'est aussi le moment où les influences du nouveau milieu dans lequel se trouve le jeune soldat, commenceront à se faire sentir, celui où le médecin doit se montrer particulièrement circonspect.

La transformation d'une affection réelle, en maladie simulée, est aussi, dans la médecine de régiment, un fait de pratique que l'on ne saurait trop connaître; il est certain, qu'au début, nous nous sommes trouvé en présence d'une laryngite catarrhale aiguë très réelle. Ce mode de simulation avec un point de départ authentique est bien plus fréquent que la simulation imaginée de toutes pièces; elle rend le métier particulièrement délicat, et suffit à expliquer les singulières idées du public non médical, sur la pratique des médecins de l'armée.

Mais ce qui ressort avant tout de cette observation, ce qui intéresse à peu près tous les praticiens c'est l'évidente utilité de l'examen laryngoscopique dans de pareilles circonstances. Sans lui, les hypothèses les plus vraisemblables demeurent des hypothèses; l'observation médicale reste encore hésitante et désarmée. Aux luttes fâcheuses de finesse entre simulateurs et médecins, aux vieux moyens coercitifs désormais démodés, il faut de plus en plus substituer les procédés d'une observation scientifique sûre d'elle-même. On peut dire en ce qui concerne l'aphonie simulée, que l'application du laryngoscope a résolu la question d'une façon complète et définitive. Il faut donc en répandre l'usage, il faut pour ce qui concerne les services administratifs ou militaires, obtenir que les petits frais nécessités par l'achat des instruments d'observation laryngoscopique, et des appareils d'éclairage soient faits sans hésitation par les administrations intéressées, à la découverte de fraudes semblables à celle que nous venons de signaler. Il y a pour elles, un intérêt à la fois budgétaire et moral tellement évident, qu'elles n'hésiteront pas, le jour où la généralité des médecins qu'elles emploient leur réclamera ce petit sacrifice.

De la Syphilis de l'oreille (*Suite*) (1);

Par le Dr J. Baratoux.

A la même époque, Cullerier eut l'occasion d'en voir un nouvel exemple.

En 1864, Zeissl, (1) dans son traité sur la syphilis constitutionnelle, mentionne que la pharyngite peut se propager à la muqueuse de la trompe, comme l'avaient constaté quelques années auparavant Scheitmann (2) et Farre (3). Les malades éprouvent alors les bourdonnements, des bruits de cloche et de la surdité par suite de l'occlusion de l'orifice du tube d'Eustache. Le nerf acoustique peut aussi être atteint de paralysie qui résulte du rétrécissement du méat auditif interne consécutivement à de la periostite syphilitique.

L'année suivante, Billroth (4) publie un cas d'hémorrhagie de l'oreille chez un syphilitique auquel on dut pratiquer la ligature de la carotide pour arrêter l'écoulement sanguin. Mais la mort survint et l'autopsie démontra que la carotide était ulcérée.

Voltolini (5) signale à son tour un cas de périostite syphilitique avec hyperostose du pourtour de la fenêtre ovale.

Vers le même temps, Nayler (6) rapporte une observation de syphilis vaccinale chez une jeune fille qui vit se développer des tubercules du côté de l'oreille.

Dans son *Traité sur la syphilis*, M. Lancereaux (7) résume les principales lésions de l'oreille décrites par ses devanciers; il ajoute le fruit de son expérience et mentionne qu'il a constaté à différentes reprises des vertiges, des étourdissements, de la surdité et des douleurs chez plu

(1) Voir *Revue* nos 10 et 11, 1883 et nos 2 et 8, 1884.

(1) Zeissl. *Syphilis constitut. Erlangen*, 1864 p. 297.

(2) Scheitmann. *Surdité syphilitique. In France médicale.* 1857. p. 220

(3) Farre. *Surdité syphilitique. The lancet.* 1858, janvier.

(4) Billroth. *In Pills, Dissertat. de arteriæ Carotis utriusque lateris ligatura.* Berlini, 1865.

(5 Voltolini. *Virchow. Arch. Bd.* 27. *Fall* 8.

(6) G. Nayler. *On syphilitic Diseases of the Skin following vaccination Brit. med. j.* 1865. t. 1. p. 359.

(7) Lancereaux, *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1e édition 1866, 2e éd. 1784.

sieurs syphilitiques; l'un d'eux présentait même trois gommes au niveau du lobule de l'oreille.

Il cite encore le cas de Parmentier (1) qui vit une gomme du palais déterminer des sifflements et une surdité presque complète; il rappelle aussi qu'il a déjà publié (2) un cas de cophose due probablement à une gomme du cerveau, et un autre fait de surdité avec écoulement purulent; ce dernier malade avait même de la paralysie des muscles de l'œil. Ces lésions semblent être dues à une tumeur cérébrale.

La syphilis héréditaire infantile n'est pas exempte de surdité, puisque l'ouïe peut être abolie ou partiellement perdue. Cette cophose paraît dépendre d'une lésion du nerf auditif.

Triquet (3) rapporte les observations de Fournié et de Lortet, en y ajoutant deux nouveaux cas ayant la même origine que les précédents; il rapporte aussi deux cas de perforation du tympan; dans l'un de ceux-ci, des granulations se sont même développées dans l'oreille. Quant à la fréquence des exostoses, il ne peut l'apprécier, attendu qu'il n'a eu l'occasion de n'en voir que deux cas, car les exostoses étant un symptôme de syphilis tertiaire et coïncidant le plus souvent avec d'autres accidents syphilitiques, les malades se dirigent d'eux-mêmes vers les chirurgiens spéciaux en fait de maladies vénériennes.

La découverte de la rhinoscopie permet à Turck (4), à Semeleder (5) et à Löwenberg (6), de voir des infiltrations, des granulations et des ulcérations syphilitiques sur le pavillon de la trompe d'Eustache.

Puis Rollet (7) signale le conduit auditif externe comme un des sièges des plaques muqueuses. L'otorrhée qui les accompagne est due à l'excoriation ou à l'ulcération de ces plaques. L'oreille moyenne et l'oreille interne,

(1) Parmentier, *Essai sur les tumeurs de la région palatine. Gaz. med. de Paris*, 1856.

(2) Lancereaux et Léon Gros, *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, 1861.

(3) Triquet, *Leçons cliniques*, t. II, 1866.

(4) Turck. *Klinik der Kelhoff Krankh.*, 1866.

(5) Semeleder. *Rhinoskopie*, 1862, p. 58.

(6) Löwenberg. *Arch. f. Ohr.* Band. II, p. 119.

(7) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, 1866.

dit-il, peuvent être atteintes de carie, de nécrose, d'où écoulement purulent abondant. Une lésion du rocher ou encore mieux une affection du pharynx de nature spécifique détermine de la surdité; mais dans ce dernier cas, l'ouïe n'est presque jamais perdue complètement.

Vidal (1) ainsi que Littré et Robin (2) avaient signalé précédemment l'otorrhée comme pouvant être produite par la syphilis.

Hinton (3) vient ensuite annoncer comme caractéristique de la surdité syphilitique héréditaire et constitutionnelle l'aplatissement de la périphérie tympan et l'ulcération de cette membrane; puis l'année suivante, dans l'annotation du traité de Toynbee (4), qui lui-même avait observé des ulcérations syphilitiques du conduit et attribuait aux ulcérations du pharynx la surdité prononcée accompagnant ces lésions, Hinton fait remarquer que les ulcérations syphilitiques du méat se rencontrent le plus souvent sous forme d'un ulcère de mauvais aspect et étroit siégeant à l'entrée de l'orifice. A ces signes, il faut ajouter un écoulement ichoreux et un gonflement inflammatoire généralisé du conduit.

Cet auteur raconte, en outre, que la syphilis héréditaire fournit à Guy's Hospital plus d'un vingtième des maladies de l'oreille. A ce propos, il rappelle que Wilde (5) avait déjà observé certains cas d'otites liés à une maladie inflammatoire de l'œil; aujourd'hui, on a reconnu que ces lésions doivent être rattachées à la syphilis héréditaire.

Hinton a encore noté que la perception crânienne était altérée dans cette affection. Il a de plus observé deux cas de paralysie par compression du nerf auditif par periostite syphilitique du méat auditif interne (6).

C'est aussi à la syphilis héréditaire qu'Anderson (7)

(1) Vidal. *De la syphilis congénitale. Thèse d'agrégation.* Paris, 1860.

(2) Littré et Robin. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie,* etc., 1865, 12e édition.

(3) Hinton. *Clin. Remarks on perfora antdions some other morbid conditions of the membrana tympani.* London, 1866.

(4) Toynbee. *The diseases of the ear.* London, 1860. — Annoté par Hinton, 1867.

(5) Wilde, *Otitis in connection with ophthalmia.* Aural Surgery. 1851, p. 273.

(6) Hinton. *Guy's hospital reports.* 1867.

(7) Anderson. *Chronic catarr. of the middle ear in connexion with secundary syphilis. Glascow med. journ.* Novembre 1867. p. 261.

rattache l'inflammation purulente de la caisse coïncidant avec une irido-choroïdite.

Geigel (1), suivant l'avis de beaucoup de ses prédécesseurs, croit que les ulcérations de la portion pharyienne de la trompe peuvent produire des bourdonnements et un certain degré de surdité.

Isambard (2) fait observer que l'on rencontre dans la syphilis, des plaques muqueuses du conduit, de l'otite interne (moyenne), de l'ostéite, de la carie et de la nécrose du rocher.

Cette maladie occasionne parfois une oblitération de la trompe avec surdité, comme Liedenbaum (3) en cite un cas.

L'année suivante, Lucæ (4) constate une surdité partielle liée à une syphilis secondaire.

Troeltsch (5) qui, dans la première édition de son traité des maladies de l'oreille, donnait la syphilis comme une des causes de l'otite externe et du catarrhe aïgu de la caisse, revient plus longuement sur ce sujet dans sa quatrième édition. Dans ce dernier livre, il dit avoir rencontré plusieurs fois, au méat de personnes atteintes de cette affection, des plaques muqueuses humides avec inflammation du conduit et suppuration due au contact de la secrétion irritante. Quand aux exostoses, d'après cet éminent professeur, il est difficile de les rattacher quant à présent du moins à la syphilis. Il rappelle aussi les cas de contagion produits à Paris par le cathéterisme de la trompe d'Eustache. Il a été frappé de voir que les sourds, principalement les enfants nés de parents syphilitiques avaient souvent la perception crânienne diminuée à un point tel qu'elle n'était pas en rapport avec l'acuité auditive. Aussi, Trœltsch se demande-t-il s'il n'y aurait pas dans ces cas une altération du labyrinthe.

Wreden (6) décrit deux cas d'otite gangréneuse chez

(1) Geigel. *Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis.* Würzburg, 1867. p. 270.

(2) Isambard. *Des symptômes fournis aux maladies par l'organe de l'ouïe. Thèse Paris.* 1867, nº 277. p. 22.

(3) Liedenbaum. — *Arch. f. Ohr.* Band. II. p. 295.

(4) Lucæ. — *Arch. f. Ohr.* Band. III. p. 225.

(5) Troeltsch. *Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Auf. I,* 1862. *Auf. IV.* 1868.

(6) Wrenden. *Mon. f. Ohr.* Novembre 1868, p. 169.

des enfants anémiques atteints de syphilis héréditaire et il émet l'opinion qu'il pourrait exister des tumeurs gommeuses de l'oreille comme il y en a pour l'iris et les procès ciliaires de l'œil et une dégénérescence gommeuse du tronc de l'auditif comme cela existe pour les nerfs optique, facial, moteurs oculaire commun et externe. Mais il n'a constaté aucun fait venant corroborer son hypothése.

Gottstein (1) est d'avis que la syphilis peut attaquer l'oreille externe et l'oreille moyenne; elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. S'il en est ainsi, c'est qu'on néglige d'inspecter ces parties.

Reder (2) et Lasègue (3) reconnaissent que les angines syphilitiques occasionnent des bourdonnements.

Politzer (4) fait remarquer après Hinton et Trœltsch que la transmission par les os du crâne est diminuée par le diapason dans la syphilis. Il considère ce symptôme comme une preuve de l'existence d'une affection du labyrinthe, lorsqu'il apparaît brusquement sans trace de lésion de l'oreille moyenne. Pour Politzer, on rencontrerait encore dans la syphilis une coloration cuivrée du tympan.

Delaissement (5) regarde la diathèse syphilitique comme une cause d'otite interne (moyenne).

Dans sa thèse sur les causes de la surdi-mutité, Loubrieu (6) rapporte que sur 520 sourds-muets de l'Institution des Sourds-Muets de New-York (de 1818 à 1837) 202 étaient devenus sourds accidentellement, et l'un d'eux seulement à la suite de la syphilis.

Schwartze (7) dans un premier article publié dans

(1) Gottstein. *Klin. u. krit. Beit. zur Ohrenheilk. Arch. Band. IV*, p. 65

(2) Reder. *Path. und Therap. der vener. Krankh. Wien,* 1868. *Auf* II, p. 290.

(3) Lasègue. *Traité des angines*. Paris, 1868, p. 107.

(4) Politzer. *Neue Untersuchungen über die Anwendung von Stimmgabeln zu diagn. Zwecken bei den Krankh. des Gehörorg. Wien. med. Woch.* 1868, *und. Separatabd*, p. 13.

(5) Delaissement. *Trépanation de l'apophyse mastoïde. Thèse de Paris,* 1868, n° 141, p. 50.

(6) Loubrieu. *Etude sur les causes de la surdi-mutité. Thèse de Paris,* 1868, n° 158, p. 45.

(7) Schwartze. *Statistischer Beit. über die in der Policlinik zu Halle, a. d. s. im Wintersemester* 1866-67 *und Sommersemester.* 1867 *untersuchten und behandelten Ohrenkranken. Arch. f. Ohr.* Band. IV, p. 15.

l'*Arch. f. Ohr.* rapporte que sur 221 malades qu'il a observés du 15 octobre 1866 au 15 octobre 1867, il n'a rencontré qu'un cas d'ulcère syphilitique du méat auditif externe. Dans un deuxième article (1) il traite longuement de la syphilis de l'oreille. Après avoir fait remarquer que si les syphiliographes admettent la fréquence des affections spécifiques de l'oreille, il n'en est pas de même de tous les otologistes qui généralement ne se sont pas occupés de cette question. Il passe en revue les colorations du conduit dans la période secondaire. Dans ces cas, l'ulcération en forme d'anneau est recouverte d'un enduit blanc sale. Elle est accompagnée souvent d'un gonflement notable des ganglions lymphatiques. Des granulations polypeuses se développent aussi dans le conduit sous l'influence de cette maladie. Puis il consacre un chapitre au catarrhe aigu de l'oreille moyenne dans la pharyngite ou rhinite syphilitique. Si le catarrhe est unilatéral, on trouve toujours une ulcération ou une érosion de la trompe du même côté. Il étudie ensuite le catarrhe chronique de l'oreille moyenne et l'otite purulente dans la syphilis héréditaire et constitutionnelle. Enfin, dans un dernier chapitre, il traite de l'affection primitive de l'appareil nerveux dont il rapporte six observations : 1° paralysie intra-crânienne du nerf auditif gauche; 2° anesthésie de l'oreille gauche à la suite d'otite interne; 3° et 4° anesthésie de ce même nerf à la suite de paralysie; 5° paralysie double du nerf auditif par syphilis; guérison par le traitement mercuriel; et 6° otite interne double; guérison d'une oreille par l'iodure de potassium.

Schwartze n'a pratiqué aucune autopsie de surdité syphilitique. Cet auteur regarde la syphilis comme cause des exostoses.

Störh (2) n'a vu que très rarement des éruptions spécifiques sur le pavillon, mais il a observé quatorze cas de condylômes coïncidant avec la syphilis. Comme Wilde (3), Störh fait remarquer que ces tumeurs peuvent produire de vives douleurs.

(1) Schwartze. *Beitrage zur Path. und path. Anat. des Ohres. A. f. Ohr.* Band IV, p. 235, 254 et suiv.

(2) Störh. *Arch. f. Ohr.* Band V.

(3) Wilde. *Prat. obs. on aural Surgery. Philadelphia*, 1853, n° 202.

Le professeur J. Gruber (1) se livre à des recherches cliniques dans les services de Hebra et de Sigmund; il n'observe pas d'accidents primitifs des pavillons, mais il y constate fréquemment des taches, des squames et des pustules; le conduit présente des condylomes et des abcès provenant de la fonte de tumeurs gommeuses, ainsi que des hyperstoses et des exostoses. La couche épithéliale du tympan se desquame et peut amener une ulcération et une perforation; dans ce cas, la douleur persiste même après la perforation; l'affection peut se propager à l'apophyse mastoïde et y déterminer une périostite. On ne voit pas toujours survenir cette forme suppurante, et ce sont les caractères de l'otite hypertrophique qui se présentent. Du côté de l'oreille interne, il y a de la congestion, de l'exsudation ou de l'atrophie des parties. Dans 4 cas d'otite interne spécifique, Gruber a vu la surdité persister aux accès vertigineux. L'un de ces malades étant mort de typhus exanthématique, on constata à l'autopsie une hypérémie du labyrinthe et de l'oreille moyenne.

La même année, A. Dron (2) publiait un cas de gomme de la région mastoïdienne chez un enfant qui avait contracté la syphilis par sa nourrice.

L'année suivante, Knapp (3) observe une maladie de Menière consécutive à un ulcère syphilitique de la gorge et à une irido-choroïdite séreuse.

Rivington (4) rapporte un fait de coloration brun-foncé du pavillon chez une jeune fille atteinte de syphilis héréditaire.

Quelques jours après, Silver (5) relate un cas de paralysie générale avec hallucination de l'ouïe.

Jean d'Hubert (6) signale que l'obstruction de la trompe, peut être due aux constitutions syphilitiques.

(1) Gruber. *Ueber Syphilis d. Gehor. Wien. med. Pr.*, 1870, et *Lerhbuch der Ohr. Wien.*, 1870.

(2) Achille Dron. *Propagation de la syphilis par les nourrices; mode de transmission de cette maladie par la nourrice au nourrisson dans l'allaitement. Lyon médical*, 1870, t. IV, p. 605-607.

(3) Knapp. *A. f. Opth. and. otol.*, t. II, n° 1.

(4) Rivington. *Syp. her. Med. Times and. Gaz.*, 1872, 19 octobre.

(5) Silver. *Symptoms resembling gen. paral. of the insane*, etc.; *Syphilitic tumour? Med. Times and Gaz.*, 1872, 26 octobre.

(6) Jean d'Hubert. *De l'obstruction de la trompe d'Eustache. Thèse Paris*, 1872 n° 377, p. 33.

Mayaud, (1) rappelle que dans la syphilis cérébrale on constate des étourdissements et des vertiges.

Dubuc, (2) publie une observation de troubles de la température des pavillons avec bruit de surdité chez un tabétique syphilitique.

Moos (3) voit survenir une surdité brusque chez une jeune fille atteinte de syphilis. A l'autopsie, il constate une gomme du temporal droit et des lésions profondes de l'oreille interne.

Le professeur Fournier (4), dans ses leçons sur la syphilis, mentionne la forme verruqueuse des syphilides de l'oreille externe, et, au chapitre des troubles nerveux des sens durant la période secondaire, il signale les bourdonnements, les otalgies et la cophose.

Jackson (5) observe deux cas de tumeur crânienne syphilitique : l'une, cérébrale, ayant produit de l'affaiblissement de l'ouïe, l'autre, cérebelleuse, ayant déterminé des douleurs violentes de l'oreille gauche.

Marcé, (6) en parlant de la carie du rocher dans la syphilis, dit qu'elle peut se montrer à l'état aigu.

Violet (7) constate la replétion des cavités tympaniques par le pus, chez des fœtus syphilitiques.

Bonnenfant (8) et Voury (9) rappellent que la maladie de Menière peut survenir dans le cours de la syphilis.

Pour Machon (10) la surdité qui apparaît très fréquemment dans la pharyngite syphilitique tertiaire, serait due quelquefois à la carie du rocher et généralement aux ulcères naso-pharyngiens.

(1) Mayaud. *Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux. Th. Paris*, 1873, p. 12.

(2) Dubuc. *Tabes syphilitique. Union médicale*, 1873, 1er mars.

(3) Moos. *Syph. d. Labyrinth. Z. f. O.* Band. III. *h.* 1.

(4) A. Fournier. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris*, 1873.

(5) Hughlings Jackson. *Med. Times and Gat.* 1873, 29 mars et 10 mai. 1874, 1er août.

(6) Marcé. *De l'ulcération de la carotide int. dans la carie du rocher. Thèse Paris*, 1874, n° 57, p. 39.

(7) Violet. *Etude pratique sur la syphilis infantile. Thèse Paris*, 1874, n° 107, p. 44.

(8) Bonnenfant. *De la séméiologie du vertige dans les affections de l'oreille. Thèse Paris*, 1874, n° 189.

(9) Voury. *De la maladie de Ménière. Thèse Paris* 1874, n° 187.

(10) Machon. *De la pharyngite tertiaire. Thèse, Paris*, 1874, p. 15 et 25.

Barié (1) fait l'autopsie d'un syphilitique mort à la suite d'une carie du rocher.

Follin (2) attribue la paralysie syphilitique de l'ouïe à une exostose développée à base du crâne ou dans l'intérieur du rocher.

L'année suivante, le professeur Duplay (3) s'étendant plus longuement sur la syphilis de l'oreille dit que l'otite externe se montre parfois d'emblée dans la syphilis; elle est assez rare cependant et coïncide avec l'apparition de plaques muqueuses du méat. Il ne croitpas que les exostoses naissent sous l'influence de cette cause diathésique. Les affections syphilitiques de l'arrière-gorge sont souvent l'origine d'inflammations aiguës ou chroniques de la trompe et de la caisse, et les ulcérations de la trompe peuvent produire une cicatrice qui rétrécit ou ferme même son orifice pharyngien. La maladie de Ménière survient quelquefois brusquement dans la syphilis constitutionnelle, mais M. Duplay ne croit pas que ce soit le labyrinthe qui est d'abord et isolément atteint, il penche plutôt vers une inflammation chronique de la caisse qui déterminerait secondairement des troubles de l'oreille interne.

Erhard (4) comme M. Duplayne croit pas que la syphilis puisse contribuer au développement des exostoses du conduit.

Maffre (5) ne voit dans les lésions de l'organe de l'ouïe consécutifs à la syphilis que des accidents tertiaires.

Rey (6) attribue à la syphilis une influence indirecte sur la suppuration de l'oreille moyenne, qui pour lui ne se rencontrerait que rarement dans cette maladie constitutionnelle.

Huguenin (7) relate l'observation d'un malade qui,

(1) Barié. *Carie syphlitique du rocher. Bull. de la Société anat.* Paris 1874, octobre.

(2) Follin, *Traité élém. de path. ext.* 1874. T. I.

(3) Duplay et Follin. *Traité élém. de path. ext.* 1875. T. IV.

(4) Erhard. *Vorträge uber die Krankh. des Ohres.* Leipzig, 1875, p. 173.

(5) Maffre. *Quelques considérations de la suppuration de la caisse du tympan. Son traitement. Thèse, Paris* 1875, n° 57 p. 33.

(6) Rey. *Suppuration de l'oreille moyenne. Thèse Paris.* 1875. n° 100. p. 12.

(7) Huguenin. *Men. syph. Corr. Bl. f. Schw. Aerzte.* 1875. 15 sept. et 15 octob. n° 18. p. 528 et n° 20. p. 588.

dans le cours d'une méningite spécifique, eut des vertiges et des bourdonnements.

Tillaux (1) cite le conduit comme le siège de plaques muqueuses déterminant de vives douleurs.

Dans ses leçons sur la syphilis tertiaire, M. A. Fournier (2) rapporte que les syphilis gommeuses, sèches et ulcératives affectent certains points de prédilection, tels que le pavillon de l'oreille et que les gommes de voile du palais produisent des douleurs, des bourdonnements et l'affaiblissement de l'ouïe. Les troubles de l'ouïe (bourdonnement, vertige, cophose), ajoute-t-il, sont l'indice d'une syphilis cérébrale.

M. Ladreit de Lacharrière (3) dit que les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille se sont peu occupés de l'otite aiguë syphilitique; Triquet seul, à sa connaissance, lui a consacré un chapitre, dans ses leçons cliniques; puis il donne comme type de cette affection deux cas d'écoulement fétide du conduit dont les parois sont un peu tuméfiées.

Hutchinson (4) cite le cas d'une jeune fille qui présentant le facies et les dents de la syphilis héréditaire devient sourde en deux nuits sans avoir eu d'otorrhée. Cet auteur croit que l'otite moyenne est une complication rare de la syphilis secondaire.

Isambert Peronne (5) observent des troubles de l'audition coïncidant avec une affection spécifique du larynx et des troubles viscéraux.

M. Lancereaux (6) rapporte qu'il a rencontré fréquement des retrécissements de la trompe d'Eustache chez les femmes atteintes de syphilis viscérale.

Braus (7) reconnait pour cause de la paralysie de

(1) Tillaux. *Anatomie topog aphique*. 1875.

(2) A. Fournier. *Leçon faite à Lourcine. Rev. de syph. et de derm.* 1874. p. 435 et In *Leçons sur la syphilis tertiaire recueillies par Porak* et *sur la syphilis viscérale recueillies par F. Dreyfous*. In *Ecole de Médecine*.

(3) Ladreit de Lacharrière. *De l'otite aiguë syphilitique. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*. 1875. t. I. mai.

(4) Hutchinson. *Deafness in connexion with heredito-syphilis. M. Times and Gaz.* 1875.

(5) Peronne et Isambert. *Ann. des mal. des oreilles et du larynx*. 1875, Tomel.

(6) Lancereaux. *Leçon sur la syphilis professées à l'hôpital de Lourcine recueillies par Ch. Rémy*. In. *Ecole de Médecine*.

(7) Otto Braus. *Die Hirnsyphilis*. Berlin.

l'oreille, le relachement des muscles tenseur du tympan résultant de la paralysie syphilitique du facial. Il en emprunte une première observation aux *Arch. fur. Dermat.* de 1871 et une deuxième à Steenberg; il en repporte aussi un cas de sa propre pratique.

Benedikt (1) rattache divers troubles auriculaires à une lésion de la huitième paire crânienne, dans le syphilis viscérale.

Saint-John Roosa (2) signale quatre cas de syphilis labyrinthique dont deux furent suivis de guérison. D'après lui, le nerf auditif était lésé.

Dans un travail sur les affections syphilitiques de l'oreille, Dalby (3) dit qu'on doit pratiquer l'examen des oreilles chez les enfants (syphilis héréditaire) et chez les adultes et les vieillards (syphilis acquise.) Il regarde la syphilis héréditaire comme cause fréquente de surdi-mutité; la perte de l'ouïe se montrerait de l'enfance à l'adolescence et tiendrait à une altération du nerf ou du labyrinthe. La syphilis acquise peut provoquer des troubles de l'audition par otite ou lésion nerveuse. L'otite est consécutive aux ulcérations du pharynx; la lésion nerveuse apparait soit dans le cours de la période secondaire, soit pendant la période tertiaire, par le fait d'une tumeur intra-crânienne.

M. Pierret, (4) a vu survenir des bourdonnements en même temps qu'un peu de surdité chez un malade atteint de tabes dorsalis.

Léo, (5) rappelle que la maladie de Ménière peut être due à la syphilis.

Dans le traité de chirurgie de Nélaton revu par Péan (6), les syphilides papuleuses et l'impetigo rodens sont signalées comme ayant un de leur siège sur le pavillon. Quant au chancre de cette partie il serait rare et n'offri-

(1) Benedikt. *Mon. f. Ohr.* nº 6.

(2) Saint-John Roosa. *Syphilis of the cochlea. New-York med. Rec.* 1876, mai.

(3) Dalby. *Syphil. affection of the ear. London*, 1876

(4) Pierret. *Essai sur les symptômes des tabes dorsalis. Thèse Paris.* 1876. nº 100.

(5) Léo. *Contribution à l'histoi e de la maladie de Menière et du vertige auriculaire simple Thèse Paris* 1876. nº 235, p. 15.

(6) Nélaton. *Traité de chirurgie, revu par Péan*, 1876.

rait rien de particulier. Pour ces auteurs, les exostoses peuvent avoir une origine syphilitique. L'otite externe, la méningite se développent parfois dans le cours de cette diathèse qui aurait la caractéristique de rendre insidieuse la marche de l'otite moyenne aiguë. L'obstruction de la trompe a pour cause les brides cicatricielles consécutives et des colorations spécifiques du pavillon de cet orifice. La maladie de Ménière se rattacherait parfois à la diathèse syphilitique.

Pellizari (1), cite le cas d'une sage-femme qui, contaminée par le toucher, eut des troubles de l'ouïe qu'aucun traitement ne put modifier.

Beugnon (2), rapporte que l'otorrhée est un symptôme soit de syphilis secondaire quand les plaques se forment dans la trompe et gagnent l'embouchure du conduit dans la caisse, soit de la syphilis tertiaire où elle est alors l'indice d'altérations osseuses du rocher. L'otite externe spécifique coïncide avec l'existence de plaques muqueuses développées au pourtour du méat externe.

Barlow (3), a vu exemple de gommes vénériennes disposées sur plusieurs nerfs crâniens au niveau de leur origine apparente, chez un enfant mort de syphilis constitutionnelle et que l'on avait cru atteint d'une tumeur de la base du crâne.

M. Mauriac (1) signale que la surdité, l'otorrhée, les douleurs d'oreilles et les ulcérations de l'embouchure de la trompe peuvent se présenter chez des personnes atteintes de syphilis pharyngo-nasale.

Hedinger (2) raconte qu'il n'a vu qu'un cas d'ulcération syphilitique du conduit; mais il a observé dix cas d'opacités du tympan dans la période secondaire. La perception était diminuée ou même nulle chez ces malades.

Carré (3) publie un fait de surdité et d'otorrhée accompagnant des lésions oculaires et dentaires chez une jeune fille atteinte de syphilis héréditaire.

(1) Celso Pellizari. *Lo sperimentale*, 1877.

(2) Beugnon. *Etude sur l'otorrhée et ses complications. Thèse Paris.* 1877, n° 38, p. 31.

(3) Barlow. *Med. Times and. Gaz.* 1877, 9 juin.

(1) Mauriac, *De la syphilis pharyngo-nasale*, Paris, 1877.

(2) Hedinger, *Wurt. corr. Blatt.*, 1877, n° 6.

(3) Carré, *France medic.*, 1877, nos 14 et 15.

Moos (1) ayant pu suivre jusqu'à sa mort un malade en pleine période secondaire avec vertiges, bourdonnements et surdité, reconnut que son rocher était sclérosé, que le périoste de son oreille interne était épaissi et que le tissu cellulaire du vestibule et de l'organe de Corti offrait une hyperplasie considérable; le nerf auditif n'était pas lésé.

Field (2) rapporte deux observations, dont l'une a trait à une destruction des deux tiers du pavillon de l'oreille, par suite d'ulcération spécifique, et l'autre était caractérisée par des douleurs et de la surdité survenues à la suite de la syphilis héréditaire.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

Sixième Congrès annuel tenu à New-York les 12, 13 et 14 mai 1884 (3)

(Suite et fin)

Mardi 13 Mai (Séance du matin).

La séance est ouverte, sous la présidence du premier vice-président, M. le Dr W. Langmaid, de Boston.

En premier lieu, M. le Dr F. H. Hooper, de Boston, lit une note sur :

Une forme rare de tumeurs (papillome caverneux) des cordes vocales. — Le néoplasme, tumeur nodulaire sessile, était situé sur la partie antérieure de la corde vocale gauche, l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une tumeur papillomateuse avec de nombreuses cavernes au centre. Ce cas, l'auteur le fait remarquer, diffère de tout ce qui avait été jusqu'ici rapporté, son heureuse terminaison sans récidive doit être aussi signalée.

(1) Moos, *Ueber path. Befunde im Ohr. labyrinth bei secundär Syphil. In Virchow's Arch. of path. An. Bd LXIX.*

(2) Field, *Cases of aural Surgery Brit m. j.*, 1877, 6 octobre, et *Hereditary syph. deafness. Med. Times and Gaz.* 1878, 16 février.

(3) Voir la *Revue* du 1er septembre (p. 303).

Le Dr Seiler, de Philadelphie, a observé un cas très semblable à ce dernier dans lequel la tumeur avait tous les caractères d'un angiome et qui était insérée sur la corde vocale droite.

Cas de chondrome du larynx. — Le Dr Morris J. Asch, de New-Kork, rapporte le cas d'une large tumeur cartilagineuse paraissant naître de l'aryténoïde droit et qu'il enleva à l'aide de la guillotine de Stoerck, spécialement modifiée pour cette circonstance. Un autre cas de ce genre a été rapporté par le Dr John Musser, de Philadelphie, qui, après autopsie, présenta les pièces anatomiques à la société d'anatomie pathologique de Philadelphie.

Méthode nouvelle pour l'ablation des néoplasmes laryngés. — Le Dr W. C. Jarvis, de New-York, a pour but dans cette note, de recommander l'emploi de l'acide chromique dans l'ablation des papillomes laryngés. Cette méthode consiste à appliquer à de courts intervalles de petites quantités d'acide chromique fondu à l'extrémité d'une sonde. Ce caustique dissout immédiatement les tissus lorsqu'il est appliqué sur le papillome, cela sans douleur ni gêne pour le malade; d'autre part, il paraît être sans action nuisible sur la muqueuse. En l'employant il sert à un double but, détruire le néoplasme, prévenir la récidive. Le Dr Jarvis présente un instrument fort ingénieux dont il s'est servi pour appliquer le caustique, et donne l'observation d'un cas dans lequel une tumeur très considérable a été détruite par ce moyen en l'espace de six semaines environ.

La lecture de cette note est suivie d'une longue discussion, à laquelle prennent part la plupart des laryngologistes présents. Les uns emploient le forceps laryngien, les autres les caustiques, tous les caustiques ou le galvano-cautère pour prévenir la récidive après l'ablation de la tumeur.

A la fin de la séance, un nombre considérable d'instruments nouveaux sont présentés par MM. les Drs J. H. Douglas, de New-York; W. C. Jarvis; J. N. Mackensie, de Baltimore; Seiler; Ingals, de Chicago; Sajous de Philadelphie et Delavan, de New-York.

Mardi 13 mai (séance du soir).

La séance est présidée par M. Langmaid, vice-président.

Paralysie unilatérale permanente des abducteurs du larynx, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale. Cas unique. — Le Dr Delavan, de New-York, rapporte ce cas intéressant non-seulement à cause de sa rareté, mais encore parce qu'il ouvre le champ tout entier de l'étude des causes de paralysie des abducteurs. Il s'agit d'un cas d'hémorrhagie cérébrale avec paralysie du larynx et du pharynx, dans lequel tous les symptômes paralytiques disparurent rapidement, sauf la paralysie des abducteurs du larynx du côté droit; cette paralysie a duré sept ans.

Le Dr Knight, de Boston, mentionne le cas d'un individu qui ayant reçu un coup sur la tête, éprouva un trouble de la voix. A l'examen, on ne trouve d'autre lésion que la paralysie d'un abducteur.

Rétrécissement de l'œsophage. — Le Dr Rufus P. Lincoln, de New-York, rapporte un cas de rétrécissement de l'œsophage chez un homme de cinquante ans atteint de cancer. La dysphagie et la dyspnée étaient dues à la matière cancéreuse comprimant les branches laryngées et œsophagiennes du pneumogastrique. La mort survint par suite des lésions produites par le néoplasme sur les branches cardiaques.

Sténose de la trachée. — Le Dr E. F. Ingals, de Chicago, en rapporte trois cas, tous d'origine syphilitique, qui furent largement amendés par l'iodure de potassium à haute dose. Dans le troisième, on ne pouvait établir nettement l'origine syphilitique, mais l'iodure de potassium amena la guérison du malade.

M. le Président préfère le mercure à l'iodure de potassium qui, dans certains cas, produit une inflammation dangereuse du pharynx et du larynx, et parfois même de l'œdème.

Mercredi 14 mai (séance du matin).

La séance est présidée par le Dr Bosworth, de New-York.

Le Dr de Blois, de Boston, lit une note intitulée :

Cas de tuberculose buccale. — Il en rapporte deux

cas et soutient que toutes les fois que la tuberculose envahit le pharynx, le larynx ou la bouche, les poumons sont tout d'abord atteints. Dans le premier cas, la lésion avait envahi toute la muqueuse buccale; dans le second, le malade atteint de phymie laryngée, vit la maladie gagner le pharynx et la bouche, localisée principalement sur les amygdales.

Le Dr Langmaid, de Boston, a vu le second malade. L'aspect général n'était pas celui d'un phymique, mais l'examen du poumon ne laissait aucun doute sur la présence de la lésion tuberculeuse. M. le Président croit que la tuberculose peut envahir primitivement le larynx et le pharynx.

De la fièvre des foins (Hay Fever) **et de son traitement curatif.** — Le Dr Sajous, de Philadelphie, recommande dans le traitement de cette affection la cautérisation au galvano-cautère de la portion hypéresthésiée de la muqueuse des fosses nasales. La cause de la maladie réside, dit-il, à l'état actif ou à l'état latent, dans les fosses nasales elle se manifeste sous l'influence de la poussière ou des grains de pollen. La guérison peut être obtenue par la destruction des filets nerveux et des vaisseaux de la région. Les expériences qui l'ont conduit à ces conclusions, il les a faites sans connaître les travaux du Dr Roé, de Rochester, qui a le mérite de la priorité et qui a obtenu le même résultat.

Le Dr Shurley, de Détroit, admet la théorie du Dr Sajous. Pour le traitement il s'est contenté de cautériser les points les plus sensibles et a obtenu de très-bons résultats.

Le Dr Roé est heureux de voir ses expériences confirmées par le Dr Sajous. Il considère la maladie comme une affection localisée aux filets terminaux des nerfs sensitifs. Détruire la muqueuse dans laquelle ces filets se terminent c'est guérir la maladie.

Le Dr Mackensie pense que les symptômes locaux consistent en une hypéresthésie des tissus du nez, spécialement dans les points où se termine le sphéno-palatin, mais que la nature essentielle doit en être recherchée dans une excitabilité anormale des centres réflexes.

Le Dr Beveley Robinson, dans un cas de ce genre, a fait usage avec succès d'acide phénique pur.

M. le Président pense qu'il serait préférable d'appeler cette maladie *rhinite vaso-motrice* au lieu de fièvre des foins (Hay-Fever). La maladie, en effet, est constituée par trois éléments principaux : 1° l'élément nerveux ainsi que l'a démontré le Dr Béard; 2° un changement de structure des fosses nasales; 3° une sensibilité anormale sous l'influence de la poussière du pollen, etc. Enlevez un de ces éléments et la maladie disparaît.

Le Dr Sajous terminant la discussion, dit qu'il n'ignore pas l'influence des centres réflexes, mais il croit que ces derniers ne sont excités que sous l'influence d'une sensibilité particulière des filets terminaux, dûs à l'irritation produite par les grains de pollen ou les autres poussières.

De la valeur comparée du galvano-cautère dans les affections du nez et de la cavité naso-pharyngienne. — Le Dr Shurley, dans cette communication, a pour objet d'attirer l'attention des médecins en premier lieu sur les conditions qui nécessitent l'emploi du galvano-cautère, en second lieu, sur la valeur comparée de cet agent, troisièmement enfin sur son application intelligente. En dehors des conditions ou, de l'avis de tous, cet agent doit être employé, nous devons toujours nous assurer avec certitude si la muqueuse est le siège d'un gonflement temporaire ou d'une hypertrophie permanente. En tout cas, ne jamais détruire une plus grande partie de muqueuse qu'il n'est nécessaire, le tissu cicatriciel ne pouvant remplacer les fonctions de la muqueuse. On peut, dans les opérations sur la muqueuse des fosses nasales, user d'agents mécaniques, chimiques ou électriques. Le serre-nœud de Jarvis, modifié par Bosworth, lui a été très utile par l'ablation des polypes du nez, mais n'a jamais pu lui servir dans le cas d'hypertrophie de la muqueuse. Les agents chimiques ne peuvent détruire suffisamment les tissus que si on les applique à différentes reprises et alors on a à craindre une réaction inflammatoire ennuyeuse. Le grand avantage du cautère galvanique est la précision avec laquelle on peut le porter sur les parties malades.

La discussion qui suit porte sur les avantages comparés du galvano-cautère et du serre-nœud. Les Drs Sajous, Jarvis, Roé, y prennent part, et le Dr J. Mackensie termine

en disant qu'il est des cas où le serre-nœud ne peut être employé et que le galvano-cautère est le meilleur agent de traitement de la pharyngite granuleuse.

Contribution à l'étude des végétations adénoïdes de la voute du pharynx. — Le Dr BEVERLEY ROBINSON, de New-York, considère les végétations comme assez rares. Dans le premier cas qu'il a observé, elles siégeaient près de l'orifice de la trompe et avaient amené la surdité. Dans ce cas, il considère la maladie de l'oreille comme due à l'extension de l'inflammation à l'oreille moyenne. Le rcalage, surtout par la méthode de Meyer, et le galvano-cautère, sont les meilleurs modes de traitement.

Sur le spasme de la glotte. — C'est le sujet de la communication du Dr ELSBERG, de New-York.

Il considère le spasme comme produit par la contraction spasmodique d'un ou de plusieurs muscles du larynx. Il étudie l'étiologie, le diagnostic différentiel et le traitement de cette affection.

On procède alors à l'élection du bureau pour 1885.

Président. — E. L. SHURLEY, M. D., de Détroit.

Vice-Présidents. — MM. les Drs HARTMAN, de Baltimore, et William H. DALY, de Pittsburg.

Secrétaire et Trésorier. — M. le Dr BRYSON DELAVAN, de New-York.

Bibliothécaire. — M. Thomas R. FRENCH, de Brooklyne.

Membres du Conseil. — MM. les Drs FRANCK, H. BOSWORTH, MORRIS, J. ASCH et BEVERLEY ROBINSON, de New-York, et Frank DONALDSON, de Baltimore.

J. CHARAZAC.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Des moyens d'empêcher l'influence nuisible du bruit de son chemins de fer, par le docteur BÜRCKHARDT-MÉRIAN, de Bâle.

Les médecins de Winterthur firent en 1877 à l'administration des Chemins de fer de la confédération Helvétique, la requête suivante : Remplacer si c'est possible les signaux de

locomotive, par d'autres signaux qui ne soient pas nuisibles des clairons, par exemple, ou au moins par des sifflets rendant un son plus bas. Nos signaux ont, en effet, un son des plus élevés et des plus intenses, et, pour cette cause, exercent une très fâcheuse influence sur notre ouïe.

Traitant de cette question tout d'abord au point de vue de l'incommodité qui en résulte, Burckhardt-Mérian dit, avec le philosophe Schopenhauer, que rien n'atteste mieux la sottise humaine que la permission qu'ont les charretiers de faire claquer leur fouet, alors que ce bruit fort, subit, paralyse le cerveau, tue la pensée et est douloureusement senti par toute personne qui pense. Ces bruits aigus et subits sont nuisibles, et comme preuve, l'auteur cite le cas du compositeur Robert François (*Archiv. fur Ohrenheilkunde*, Bd I, pag. 136), qui devint sourd pour tous les sons à partir de c^3, à la suite d'un coup de sifflet perçant de locomotive. Il devint, en outre plus tard, sourd pour tous les autres sons.

L'auteur a observé, lui-même, une jeune personne de 13 ans qui, pour la même cause, devint sourde pour tous les sons à partir de c^6, et éprouva, en même temps, un sifflement continuel dans l'oreillle.

Moos, enfin, cite le cas d'un conducteur de locomotive qui resta sourd pendant une quinzaine de jours, à cause du sifflement continuel de sa locomotive.

Gollstem et Kayser ont examiné 63 serruriers et forgerons, 1/3 d'entre eux seulement avaient l'ouïe bonne, tandis que sur 34 maçons, 2 seulement étaient sourds.

Ce n'est pas tant l'intensité que l'acuité du son qui est nuisible. Le grésillonnement d'un grillon est plus désagréable que le bruit que fait le scieur de long.

En Angleterre, on entend très rarement le sifflement de la locomotive. On devrait remplacer le sifflet par des cloches (*Separat abdruck aus den Correspondenz Blatt f. schweitz-Aerzte*). XIV année 1884.

L. L.

De l'hématome de l'Oreille, par le docteur Samuel Sexton, chirurgien auriste à l'hôpital des maladies des Yeux et des Oreilles, à New-York.

L'hématome de l'oreille est une maladie du pavillon caractérisée par la formation d'un kyste, contenant du sang ou des parties notables des éléments constitutifs du sang. Il est

caractérisé par une inflammation plus ou moins grande du cartilage et du périchondre de l'oreille, accompagné d'une extravasation rapide du sang, soit entre le cartilage et le périchondre, soit dans le cartillage lui-même.

On observe surtout cette affection chez les aliénés, où elle produit des difformités si caractéristiques, qu'on la désigne, dans les asiles, sous le nom d'oreille de fou. L'auteur fait l'historique de la lésion et rappelle que le goût des Anglais pour la boxe, a été une cause fréquente d'hématome.

Le traumatisme est une cause d'hématome qui est rare chez l'adolescent, commun dans la vieillesse, surtout chez les fous, le sexe parait avoir une influence et les auteurs s'accordent à reconnaître une plus grande fréquence chez l'homme que chez la femme. La statistique de Lennox-Browne, à l'asile de West Riding, donne les résultats suivants : sur 707 hommes et 717 femmes, 24 hommes et 8 femmes en étaient atteints, soit 8 0/0 chez l'homme, 3,39 0/0 seulement chez la femme.

L'hématome siège plus fréquemment à gauche qu'à droite. Cette particularité a donné lieu à bien des théories. La position de la carotide, située plus près de l'oreille gauche que de la droite, amène une quantité de sang plus considérable. Le traumatisme, enfin, agit plus souvent sur l'oreille gauche que sur la droite (*The medical record*, 5 juillet 1884).

J. C.

De l'hématome du pavillon de l'oreille : par M. le Dr Tétard. (*Thèse de Paris* 1884)

Après un historique de la question, l'auteur étudie l'étiologie de l'hématome. Il siège plus fréquemment à droite qu'à gauche, le plus souvent il reconnaît pour cause le traumatisme. Parmi les causes viennent ensuite par ordre de fréquence la lypémanie, la paralysie générale, la manie aiguë. Il peut aussi survenir sans cause. L'auteur fait ensuite l'anatomie pathologique de l'hématome du pavillon et termine par l'étude de la symptômatologie de cette lésion et de son traitement.

J. C.

De la pilocarpine contre la surdité *(Pilocarpine in Deafness)* par le Dr Politzer.

L'auteur aurait obtenu d'excellents résultats d'injections sous-cutanées de solutions d'hydrochlorate de pilocarpine dans les cas de surdité d'origine labyrinthique (de 4 à 5 gouttes jusqu'à 10 par jour). On ne sait comment agit cette médication, mais les résultats obtenus seraient très encourageants. *(The Dublin journ. of méd. Sc.* Juillet 1884, p. 95).

De l'influence du climat sur le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par le docteur J.-F. Fulton.

Le docteur Fulton recommande les climats froid et sec pour les otites moyennes non suppurées. Pour les otites suppurées un climat chaud. Le docteur Sécles recommande les hautes altitudes et les climats secs pour les catarrhes hypertrophiques, les climats humides, dans les cas atrophiques, vante le changement de climat et le docteur Fulton conclut qu'il est des cas ou le changement de climat suffit seul à la guérison, tandis qu'il en est d'autres qui réclament un traitement spécial *(The medical record,* 10 mai 1884).

J. C.

Tumeur de la portion pierreuse du temporal, par le docteur Chavane.

A la Société pathologique de Londres, M. Chavane présente une tumeur de la portion pierreuse du rocher, le malade est mort, quelques jours après l'ablation de la tumeur, d'une pneumonie double *(The lancet,* 24 mai 1884).

J. C.

La nature et le traitement de l'ozène, par le Dr Brugelmann d'Inselbad.

Le Dr Brügelmann ne peut admettre que l'ozène soit une maladie spécifique de la muqueuse nasale, caractérisée par une odeur spécifique. Toute sécrétion purulente dit-il qui stagne pendant quelque temps dans une cavité de l'organisme prend une odeur fétide. Exemple : le pus des cavernes pulmonaires. Et pourtant personne n'a cru diagnostiquer une

maladie spécifique du poumon, en se basant sur la fétidité de la sécrétion. Il en est de même pour les fosses nasales : l'odeur spécifique que prend le pus lorsqu'il y est retenu ne pourra autoriser à conclure à une maladie spécifique.

D'après l'auteur, le mot « ozène » représente à l'esprit une suppuration des cornets ou des os ; l'odeur particulière appartient au pus et non à l'ozène.

Le traitement qui s'est montré le plus efficace consiste à déterger les fosses nasales au moyen d'injections d'une solution de chlorate de potasse ; l'auteur se sert d'une seringue courbe qu'il introduit par la bouche de l'ouverture postérieure des fosses nasales.

Puis il touche les ulcérations de la muqueuse soit avec le nitrate d'argent, le tannin, soit avec le galvano-cautère.

Ce traitement dure parfois une année.

L'auteur a remarqué que les nez atteints d'ozène sont larges, cette maladie est souvent greffée sur une constitution scrofuleuse ; la muqueuse nasale se dessèche et s'atrophie plus facilement et présente une plus grande prédisposition à la formation d'ulcères.

L'auteur n'a jamais observé que cette maladie fut contagieuse. (*Monatssch. für Ohrenhk.* n° 5, 1884.)

C. Goris.

Sur le traitement du coryza, par G. E. Dobson, chirurgien-major de l'armée anglaise.

Le docteur Dobson indique un traitement du coryza qui entre ses mains n'a jamais trompé son attente. Le traitement est simple, il consiste à verser sur du camphre finement pulvérisé, de l'eau bouillante et à respirer pendant 10 à 20 minutes les vapeurs qui s'élèvent. Après la première fumigation, le patient ressent déjà un grand soulagement. Il est ordinairement guéri après deux ou trois séances. La quantité de camphre à employer est d'environ une cuillerée à café par verre d'eau (*The lancet*, 31 mai 1884).

J. C.

De l'Asymétrie du crâne à la suite de maladies du nez, par le Dr Ziem de Hambourg.

Les causes d'asymétrie crânienne peuvent se diviser comme il suit : 1° préformation embryonnaire et causes agissant

pendant la vie fœtale dont la nature n'est pas suffisament connue (causes neurotrophiques);

2° Le traumatisme et spécialement les manœuvres obstétricales;

3° La diminution ou l'augmentation permanente en volume d'organes environnants; ou bien une augmentation ou une diminution de pression due à des causes extérieures;

4° Le développement exagéré ou trop restreint d'un côté de la face, tenant à un apport inégal de sang;

5° L'ossification unilatérale prématurée des sutures;

6° La scoliose de la colonne vertébrale.

Welker trouva 37 cas d'asymétrie dûs à des déformations des os du nez.

1° Diminution du diamètre d'une narine par déformation longitudinale et latérale du vomer.

2° L'emplacement asymétrique de l'ouverture des fosses nasales par rapport au plan médian crânien.

3° La hauteur inégale de la portion incisive des deux maxillaires supérieurs;

4° La profondeur inégale de la portion palatine du maxillaire supérieur et l'asymétrie de l'ouverture postérieure des fosses nasales.

5° L'asymétrie des orbites.

Welker ne doute pas que l'habitude de dormir du même côté ne cause souvent des déviations du nez.

D'après Zuckerkandl il n'est pas rare de trouver que l'apophyse montante du maxillaire supérieur soit déviée à droite ou à gauche, alors que le reste de la tête est symétrique. D'après le même auteur, la déviation de la cloison est souvent due à la manière dont on se mouche et à l'habitude d'introduire le doigt dans une narine.

Longtemps avant les publications de Welker et de Zuckerkandl, le Dr Ziem observa la coïncidence fréquente entre les maladies obturatrices des fosses nasales et la dissymétrie de la face. Sur 50 cas, huit étaient dûs à la déviation du septum et les autres à un gonflement très fort de la muqueuse.

Pour établir ce fait, l'auteur s'est, de plus, livré à des expériences sur de jeunes chiens et de jeunes lapins. A cet effet il introduit dans une fosse nasale un tampon d'ouate et l'y laisse pendant plusieurs semaines. La muqueuse se gonfle, une sécrétion purulente s'établit. Ce que le catarrhe artificiel

produit ici peut être comparé au catarrhe nasal chez l'homme. Après huit semaines, l'animal sacrifié présente du côté intéressé une diminution en longueur des os : nasal, frontal, et maxillaire supérieur dans sa portion palatine; la portion ascendante du maxillaire inférieur moins verticale. L'auteur conclut de ces expériences que les asymétries crâniennes sont directement causées par une maladie obturant les fosses nasales.

Une diminution de volume de l'antre d'Hygmore est donc une cause de dissymétrie crânienne, elle reconnait deux causes : 1° L'hyperostose inflammatoire des parois de ce sinus; 2° le rapprochement de ces parois. Quant à l'augmentation de volume, sur 300 sinus examinés par Zuckerkandl aucun n'était ectasié.

Toutefois la diminution de calibre des fosses nasales peut encore tenir à de fausses membranes développées soit dans le sinus maxillaire, soit entre la cloison et les cornets; enfin à une déviation de la cloison par cause traumatique.

Des expériences faites sur de jeunes chiens démontrent qu'une perte de substance de la cloison amène l'affaissement du nez en même temps que le museau s'allonge de bas en haut; la perforation de la cloison par un ulcère spécifique détermine un aplatissement du nez.

Ziem soutient que l'obturation d'une fosse nasale est rarement due à la déviation de la cloison, et très souvent au gonflement chronique de la muqueuse. Cette lésion amène une dissymétrie de la face : d'abord les muscles de l'aile du nez ont des mouvements isochrones à ceux des muscles respiratoires; lorsqu'une narine est bouchée les muscles correspondants ne fonctionnent plus.

De plus, la nutrition est gênée par le trouble de la circulation et le squelette de la moitié de la face s'hypoplasie. — Les cas d'atrésie congénitale d'un côté du nez sont très peu fréquents.

L'auteur attribue à la pénétration de l'air entre les tables de l'os une grande importance dans l'étiologie des dissymétries crâniennes; cette pénétration se fait par une toux ou un éternûment énergique.

Enfin une dernière cause d'asymétrie de la face est la déviation de la cloison, qui se rattache 1° à une cause traumatique antérieure; 2° à une pression d'air exagérée dans l'une des fosses nasales.

L'auteur n'a pas toujours constaté que l'asymétrie de la face entraînât une asymétrie crânienne, il n'en doute pas cependant.

A. Goris.

De la sténose nasale considérée comme cause du catarrhe nasal et retro-nasal, par le docteur W. J. Walsham, chirurgien, assistant au Bartholomew's Hospital.

Beaucoup de catarrhes naso-pharyngiens persistent malgré tous les traitements employés. La cause doit en être attribué à la sténose nasale, celle-ci guérie, l'on voit disparaître le catarrhe.

Parmi les causes de sténose nasale, nous devons signaler les déviations de la cloison, l'hypertrophie locale ou générale des cornets, les diverses formes de polypes, la nécrose, etc. La déviation de la cloison est facile à constater lorsqu'elle siège sur la partie antérieure moins facile quand elle occupe la partie postérieure. L'hypertrophie de la muqueuse des cornets est plus facile à diagnostiquer et peut être plutôt considérée comme l'effet que la cause du catarrhe.

Dans les cas de catarrhe naso-pharyngien rebelle, le praticien doit rechercher la sténose, si elle existe, la traiter; il aura ensuite facilement raison du catarrhe *(The lancet,* décembre 1883).

J. C.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Carmichael. — Des maladies des amygdales chez les enfants *(Edinb. med. journ.*, juillet 1884).

R. Couetoux. — Traitement médical de l'angine pseudo-membraneuse et du croup (*Journ. des sciences méd. de Lille.* N° 16, 20 Août 1884).

Galippe. — De la glossite exfoliatrice marginée (*Journ. des connaissances méd.* 11 septembre 1884).

Kendal Franks. — Excision de toute la langue, de l'amygdale gauche et d'une partie du voile du palais dans un cas de cancer *(The Lancet,* 28 juin 1884).

Krause. — Un cas de lupus de la muqueuse du voile du palais, présenté à la société de médecine de Berlin le 21 mai 1884 (*Deutsch. med. Ztg.* N° 44, 1884).

Lange. — Des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Deutsch. med. Wochensch.* N° 51 1883).

Pauly. — De l'origine des rétrécissements annulaires syphilitiques du pharynx.

PIVAUDRAN. — De la syphilis des amygdales (*Thèse.* Paris, juillet 1884).

SOLIS-COHEN. — Mycosis tonsillaire (*The polyclinic Mars.* N° 15, 1884.

TAUBE. — Origine de la diphtérie du pharynx de l'homme (*Leipzig, C. Reissner édit.* 1884).

VERNEUIL. — Ulcération syphilitique du voile du palais, division Staphyloraphie (*Gaz. des hôpit.* 11 septembre 1884).

VERNEUIL. — Polype naso-pharynghen (*Société de chir.* séance du 23 juillet 1884. *Le Courrier méd.* 23 août 1884).

VERSTRAETEN. — Rétrécissement congénital du pharynx (*Annal. et Bull. de la société de médecine de Gand.* 1883).

WALSHAM, — Un cas de polype naso-pharyngien opéré avec l'écraseur et le thermo-cautère après avoir ouvert le voile du palais et fait la résection de la voûte palatine (*The Lancet.* 19 juillet 1884).

WHEELER. — Deux cas de pharyngotomie (*Acad. of med. in Ireland.*, 4 avril, et *The Lancet,* 5 juillet 1884).

Nez.

BRESGEN. — Contribution à l'étude étiologique des déformations de la cloison du nez (*Berl. Klin. Wochensch.* N° 10, 1884).

BRESGEN. — Du développement d'anomalies de réfraction et de position de l'œil, causées par les maladies du nez. (*Deutsch. med. Wochensch* N° 9, 1884).

BRUGELMAM. — De la nature et du traitement de l'ozène (*Monatssh. f. Ohre h.* N° 5, 1884).

CICCONARDI (Giacomo). — Sur un cas d'abcès traumatique et d'hématome de la cloison du nez (*Arch. Ital. di laryngol.* n° 1, Juillet 1884.

CHIARI O. — Des polypes du nez (*Deutsch. med. Ztg.* N° 60, 61. 1884).

CHIARI, O. — Relations entre les maladies nerveuses et les maladies du nez (*Zétsch. f. Therapie.* N° 5. 1884).

DOMINICIS (De). — Sur un cas de corps étrangers extrait des fosses nasales (*Arch. Ital. de laryngol.* n° 1, Juillet 1884).

FRAENKEL E. — Diagnostic et traitement de certaines maladies des cornets moyens et inférieurs (*Liepzig, Breitkop et Haertel* 1884).

GARRIGOU-DESARÈNES et J. MERCIÉ. — Du catarrhe chronique des fosses nasales et le l'ozène ; Traitement par la galvano-caustique chimique. Paris, 1884. A. Parent, édit.)

HARTMANN. — Abcès de l'orhite après un coryza aigü. (*Berl. Klin. Woschensch.* N° 21, 1884).

HARTMANN. — De la blenorrhée fétide avec affection des sinus accessoires et de son traitement (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg*).

HEYMANN. — Examen du nez et de la cavité naso-pharyngienne. (*Deutsch. med. Ztg.* N° 50, 51, 1884).

KLEIN. — Un cas d'asthme grave causé par des polypes du nez. (*Vien. Med. Presse.* N° 24. 1884).

LENNOX-BROWNE. — Traitement de la fièvre des foins. (*Brit. med. journ.*, 21 Juin 1884.)

JOHN, N. MACKENZIE. — Quelques observations sur les effets toxiques du chrome dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, N° 4, Septembre 1884).

MARCUS. — Des déformations du squelette osseux du nez et de leur traitement chirurgical (*Jena, Pohle édit.* 1884).

J. PAGET. — Quelques remarques sur la fièvre des foins (*Hay fever*). (*Brit. med. journ.*, 21 Juin 1884.)

PETRONE.— Sur un cas rare de polype myxomateux de la région naso-pharyngienne. (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, Juillet 1884.)

Polaillon. — Restauration du nez. (*Société de chir.* Séance du 13 août 1884. *La France méd.* du 6 septembre 1884).

Pristley-Smith. — Amaurose occasionnée par un polype du nez et guérie après son extirpation (*Ophtalmic. review.* I, pag. 167-173).

Schaffer. — Maladies du nez et les névroses qu'elles peuvent occasionner (*Deutsch. med. Wochensch.* N° 23, 24. 1884).

Schondorf. — Des douches nasales (*Deutsch. med. Wochensch.* N° 12, 1884).

Sommerbrodt. — Communication de guérisons d'états pathologiques occasionnées par des réflexes ayant leur origine dans le nez. (*Berlin. Klin. Wochensch.* N° 10. 1884).

Waldeyer. — De la muqueuse olfactive de l'homme (*Arch. f. Psychol.* XV, N° 1, 1884).

Larynx.

Angerstein. — Périchondrite du cartilage cricoïde après la fièvre typhoïde avec sténose permanente du larynx. (*Deutsch. milit. arztl. Ztsch.* N° 1, 1884.)

Ariza. — De l'importance capitale de la laryngoscopique pour faire le diagnostic de quelques maladies extra-laryngées (*Arch. Ital. di laringol.*, n° 1, juillet 1884).

Burney Yeo. — Du traitement du catarrhe des voies aériennes; de la laryngite catarrhale aiguë et chronique, et de la bronchite aiguë (*Med. Times and. gaz.*, 12 juillet 1884).

H. Dauchez. — Polypes du larynx (papillomes), chez un enfant de 5 ans et demi. (*Paris méd.*, du 6 septembre 1884.)

Etner. — De l'innervation du larynx. (*Sitzungsber. d. K. Acad. d. Wissench. i. Wien.* V. 1884).

Gottstein. — Les maladies du larynx, la laryngoscopie et la technique Thérapeutique locale. (*Wien, Toeplitz el Deuticke*, 1884).

Gouguenheim, A. — De l'œdème laryngien dans la tuberculose du larynx. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.* N° 4, septembre 1884.)

Grazzi. — Histoire clinique de la pénétration dans le larynx d'une pièce de monnaie de 2 centimes extraite, par les voies naturelles, trois jours après son introduction (*Bollet. della malat. de l'Orech.*, n° 4, 1884).

Grazzi. — De la conduite du Chirurgien dans les cas de pénétration de corps étrangers dans les voies respiratoires (*Bollet. della malat. de l'Orech.*, etc., Florence, n° 5, sept. 1884).

Grossmann. — Des corps étrangers du larynx (*Allg. med. zeit.*, n° 39, 23 septembre 1884).

Hahn. — Extirpation d'un larynx carcinomateux. (*Congress d. deutsch Gesellsch. f. Chir.* 16 Avril 1884).

Haslund. — De la statistique du lupus du larynx. (*Vierteljahrsschr. f. D rmat. u. Syph.* N° 3, 4. 1884).

Körner. — Suite des contributions à l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparée du larynx. (*Frankfurt M. M. Aisterweg*).

Max. Schaffer. — Contribution à l'étude de la question de la paralysie des fibres isolées du larygé inférieur. (*Berl. Klin. Wochensch.* N° 9, 1884.)

Piltz. - Un cas de paralysie hystérique des cordes vocales chez l'homme. (*Deutsch. med. Zeit*, N° 49, 1884).

Ramon de la Sota y Lastra. — Sur un cas rare de paralysie laryngée (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, juillet 1884).

Voltolini. — De la tuberculose du voile du palais et du larynx. (*Bresl. arztl. Ztsch.* N°s 7, 8, 1884.)

Voltolini. — Quelques remarques sur la Phthisie laryngée et son traitement opératoire. (*Allg. Wien. med. Ztg.* N° 13 u. 14 1884).

Zesas. — Des résultats obtenus jusqu'à ce jour dans les cas d'extirpation du larynx. (*V. Langenb. Arch. XXX*, 3.)

Trachée.

Bonnet. — Essai sur l'histoire de la trachéotomie. (*Thèse*, Paris, 1884.)

Little. — Rupture traumatique de la trachée. (*New-York, méd. Journ.*, 29 mars 1884.)

Marsh. — Thermo-trachéotomie. (*The Lancet.* 10, 5, 1884.)

Soyer. — De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. (*Thèse*, Paris, Juillet, 1884.)

Oreilles.

Bobone. — Quelques observations relatives à la guérison des complications mastoïdiennes dans les cas d'inflammation de l'oreille moyenne. (*Bollet. del. mal. del orech.*, n° 4, juillet 1884.)

Bride. — Œdème du tympan simulant un polype d'oreille; surdité améliorée par l'électricité et le phosphore. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.*, 2, 3, 1884.)

G. Brunner. — De la valeur diagnostique de la transmission de sons par l'air et par les os du crâne, et de la modification quantitutive de la perception de sons élevés et de sons graves. (*Ztsch. f. Ohrenh , 4 Heft*, 1884.)

Clarence J. Blake et G. L. Walton. — Troubles de l'oreille dans l'histérie et l'influence de l'hystérie sur la production des maladies de l'oreille. (*Annales des mal. de l'oreille, du laryux*, etc., n° 4, septembre 1884.)

Cockle. -- Otorrhée chronique. Apparition soudaine de symptômes cérébraux, mort par thrombose du sinus latéral (*Med. Times and gaz.*, 21 juin 1884).

Dalby. — Contribution à l'étude de la chirurgie auriculaire (perforation de la membrane de Schrapnell). (*The Lancet*, 21, juin 1884).

David C. Cocks. — Exostose pédiculée du conduit auditif externe survenue à la suite d'une suppuration de longue durée. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.*, 2, 3, 1884.)

Dubranle. — Suppléance de l'ouïe chez les sourds par la lecture, sur les lèvres. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc , n° 4, septembre 1884.)

Eckert. — De la maladie de Menière. (Bâle, B. Schwabe).

E. Fraenkel. — De l'influence des traumatismes produits par des corps contondants sur l'oreille externe surtout au point de vue de la formation de l'othematome (*Virchow's Archiv. Band*, 95, I 1884.

Gellé. — De l'audition des sons en contact et des sons par influence et de l'action de la tension de membrans sur leur perception. (*La Tribune médicale* du 31 août 1884.)

Gottstein. — Etudes faites jusqu'à ce jour sur l'apparition de bacilles de la tuberculose dans l'otorrhée et de leur valeur pour le diagnostic clinique. *Ztsch. f. Ohrenh. Heft*, 2, 3, 1884.)

Gottstein. — De l'emploi du calomel dans le traitement de l'otorrhée. (*Ztsch. f. Ohrenh. 4 Heft*, 1884.)

Greenberger. — L'institution de New-York pour l'enseignement amélioré des sourd-muets. (*Ztsch. f. Ohrenh. Heft.* 2, 3, 1884.)

Hartmann. — De l'autophonie. (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg.*)

Hartman. — Les maladies d'oreille et leur traitement. (Berlin, *Th. Fischer édit.* 1884, 2e édition).

Hartmann. — Rapport statistique sur les malades traités à la poli-clinique des maladies de l'oreille et du nez pendant l'année 1883. (*Ztsch. f. Ohrenh.* 2, 3 *Heft* 1884.)

Hartmann. — 14 cas de trépanation de l'apophyse mastoïde faits pendant l'année 1883, à la policlinique de Berlin. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.*, 2, 3, 1884.)

Kuhn. — Un cas de décollement partiel du pavillon de l'oreille. (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg.*)

KUHN. — Deux cas de trépanation de l'apophyse mastoïde. (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg.*)

KÜPPER. — 1° Un cas d'épilepsie causé par un corps étranger dans l'oreille. 2° Un cas d'irritation cérébrale causé par un bouchon épidermoïde dans l'oreille. (*Archiv. f. Ohrenh. Band.* XX. Heft III).

LADREIT DE LARCHARRIÈRE. — Des différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement. (*Annales des mal. de l'oreille* du *larynx* etc. N° 4, septembre 1884).

LOEWE, L. — Traité des maladies d'oreille (*Berlin, G. Hempel,* édit. 1884.)

LUAL A. — De l'origine et du traitement des bruits subjectifs, (1884. *Berlin, O. Enslin,* édit.)

MORESCO. — Catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec pharyngite perforante. Guérison. (*Anal. de Otol. y laring.* N° 3, mars 1884.)

MICHAEL. — Des bourdonnements. (*Deutsch. med. Ztg.* n° 26, 1884).

MOOS et STEINBRÜGGE. — Les résultats de l'examen de quatre rochers de deux sourds-muets (avec trois planches) (*Ztsch f. Ohrenh. 4 Heft,* 1884.)

OHILI DA MELIA. — De l'Iodoforme dans l'otorrhée. (*Il siglo médico.*)

POLITZER. — Nouvel instrument acoustique pour les personnes atteintes de surdité. (*Wien med. Wochensch.* N° 22, 1884.)

SCHWABACH. — Des troubles permanents de l'organe de l'ouïe à la suite de l'emploi de quinine et d'acide salicylique. (*Deutsch. med. Wochenschr*). no 11 1884).

SCHWARTZE. — Des maladies chirurgicales de l'oreille. (F. Enke, éditeur, Stuttgart).

SNYERS. — Fracture bilatérale de la paroi antérieure du conduit auditif externe consécutive à une chute sur le menton. *Liège.* Discussion de la société des otologistes amicaux de Strasbourg, 14 Avril, 1884. (*Corresp.-Bl f. schweiz. Arzte*)

STEINBRÜGGE. — De la structure cellulaire de l'organe de Corti chez l'homme (*Ztsch f. Ohrenh Heft.* 2, 3, 1884.)

TAFANI. — De l'organe de Corti chez les singes. (*Suite Bollet. del. mal. de l'orech. etc.,* n°s 4 et 5 juillet et septembre 1884.)

TANGEMANN. — Tympan remplacé par greffe épidermique. (*Ztsch. f. Ohrenh. Heft,* 2, 3, 1884.)

URBANTSCHITSCH. — Traité d'otologie (2e *édit. Wien, Urban* et *Schwarzenberg.*)

VERDOS Y MAURI. — Des modifications de la voix dans les maladies de l'oreille. (*Anal. de Otol. y laring.,* n° 3, mars 1884.)

ZUCKER. — De la syphilis de l'oreille externe. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.,* 2, 3, 1884).

Varia.

BAUMGARTEN. — Histogenèse du processus tuberculeux (*Cbl. f. Klin. Med.* n° 15, 1884).

BAUWENS. — De l'iode et de l'ergotine d'Yvon dans le goître. (Extrait du *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*). Manceaux, 1884.

BERGER. — Paralysies labio-glosso-pharyngea d'origine cérébrale (paralysie pseudo-bulbaire). (*Bresl. arztl. Ztsch,* n° 3, 1884).

BERTIN. — Tumeur érectile de la région parotidienne (*Le Concours méd.,* du 30 Août 1884.

BOCNA. — Des kystes sérieux congénitaux du cou (*Thèse,* Paris. 1884.)

P. BERTHOD. — Triple angiome de la langue traité par les injections de tannin au 1/10e et le thermo-cautère (*Gaz. med. de Paris,* du 20 Septembre 1884).

H. BIRCHU. — Le goitre endémique et ses relations avec la surdi-mutité et et le crétinisme de Bâle (*Benno Schwable* 1883 *et Centrabl. f. chir.* n° 41, 1883).

Boeck. — Erythème multiforme et purpura rhumatoïde causés par des inflammations de la gorge. (*Viert ljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph.*, nos 3, 4, 1884.)

Breda. — Contribution à l'étude de pathologie de la glande intra-musculaire de la langue (*France méd.* 13 Décembre, 1884).

Brügelmann. — Origine et traitement de l'asthme bronchique. (*Deutsch. med. Ztg.*, nos 55, 56, 1884.)

Chiari. — D'une forme rare de divertieule de l'œsophage. (*Prager med. Wochensch.*, n° 2, 1884.)

Credé. — De l'extirpation du goître (*Congress d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.* 16 Avril 1884).

Eichstaedt. — De la diphtérie. Ses causes et sa guérison (Berlin, 1884, H. Peters édit.)

Epstein. — L'étiologie de quelques maladies de la bouche et l'hygiène de la cavité buccale chez les nouveau-nés. (*Prager med. Wochensch.*, n° 13, 1884.)

Guttmann. — Instrument pour badigeonner l'arrière-gorge des enfants. (*Hygieinische Rundschau*, n° 7, 1884.)

Hutchinson. — Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire (Paris, 1884, A. Delahaye, I Lecrosnier, éditeur.)

Köbner. — Lichen ruber planus de la muqueuse de la cavité buccale surtout de la langue (*Berl. med. Gesellsch.* 25 Juin 1884. *Deutsch. med. Ztg.* n° 54, 1884).

Kölliker. — De la morphologie du bec de lièvre (*Leipzig med. Gesellsch.* 27 Mai 1884. *Deutsch med. Ztg.* n° 54, 1884).

Löffler. — De l'étiologie de la diphtérie (*Congress f. inn. Med. in Berlin, Sitz v.* 22 Avril, 1884). *Deutsch. Med. Ztg.* n° 34, 1884.

Meuli. — Des fonctions de la glande thyroïde. (*Pflüger's Arch. f. d. ges. physiol.* Band, 33, 1884.)

Moebius. — De la pathologie du nerf sympathique du cou. (*Berl. Clin. Wochensch.* n° 15, 1883).

Monti. — Croup et diphtérie dans l'âge infantile (*Wien. u Leipzig*, 1884. Urban, et Schwarzenberg).

Morell-Mackenzie. — Les maladies de l'œsophage, du nez et de la cavité naso-pharyngienne. Traduit en allemand par F. Semon. (*Berlin, A. Hirschwald* édit., 1884.)

Munk. — Des organes centraux pour la vue et pour l'ouïe. (*Sitzungs Bericht der Berl. Academie de Wissenschafen*, 12 Juillet 1883).

Nettleship. — Névrite optique et écoulement du nez. (*Ophtalmic. reviw II*, pages 1 et 4.)

Ozenne. — Du cancer chez les syphilitiques. De l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier. (Thèse n° 138, Paris, A. Parent.)

Pinner. — Du goître (*Deutsch. Med. Ztg.* nos 17, 18, 19, 1884).

Pristley Smith. — Névrite et atrophie optique et symptômes cérébraux accompagnés d'un écoulement du nez continuel et abondant. (*Ophtalmic review*, II, pages 4, 11.)

Rochester. — Pathologie et guérison radicale de la fièvre de foin. (*New-York med. journ.* 10, 5, 1884).

Rothe. — Diphtérie. Son origine, sa prophylaxie et son traitement. (2. *Aufl. Leipzig, Abel, édit.*)

Schmidt. — Du traitement de goîtres parenchymateux. (*Deutsch. med. Wochensch.* n° 8, 1884.)

Seiffert O. — De la fièvre de foin. (*Leipzig, Breitkopfet Haertel édit.*)

Semon, F. — (*Journal central international de laryngol., rhinol.*, etc. nos 1, 2, 3, 1884. *Berlin, A. Hirschwald, édit.*)

Sonnenburg. — Du traitement opératoire des carcinomes de l'œsophage. (*Berl. med. Gesellsch.* du 9 Juillet 1884. *Deutsch. med. Ztg.*, no 58, 1884.)

Terillon. — L'hypertrophie simple du corps thyroïde, le goître et ses variétés (*Gaz. des hôpit.* du 2 Septembre 1884).

Thiroux. — Contribution au traitement du goitre par l'iodoforme. (*Thèse*, Paris, Juin 1884.)

Verneuil. — Kystes du maxillaire supérieur (*Gaz. des hôp.* du 29 Juillet 1884).

Zesas. — L'ablation de la glande thyroïde est-elle un acte permis au point de vue de la physiologie (*v. Langenbecks Arch.* XXX, 2).

Weichselbaum. — De la tuberculose de l'œsophage (*Wien. med. Wochensch*, nos 6, 7, 1884).

Des végétations adénoïdes.

Dans notre compte-rendu du Congrès international des Sciences médicales de Copenhague, nous avons omis a dessein la publication d'une poésie allemande chantée au banquet offert aux membres du Bureau de la Section de Laryngologie. C'est que nous voulions pouvoir en même temps publier la traduction en vers de cette pièce pleine de verve et d'esprit. Elle perd beaucoup à passer de l'allemand en français; la très libre traduction que nous en donnons ici pourra cependant donner au lecteur Français une idée assez exacte de ce petit poème que nous regrettons de ne pouvoir rendre d'une façon plus complète.

Toutefois ceux d'entre eux qui ont assisté à ces fêtes vraiment magnifiques nous sauront gré, nous en sommes sûrs, de réveiller le souvenir d'instants qui ont été pour eux si agréables.

Caché par les fosses nasales,
Il est un antre inexploré,
Aux longs et sinueux dédales,
Et de tous jadis ignoré.

Car, il fallut que Meyer vienne,
Rempli d'une sublime ardeur,
Faire connaître ta splendeur,
Cavité naso-pharyngienne!

Un jour une fille, l'air triste
Sourde, sotte et parlant du nez,
Vint trouver notre spécialiste,
Il était dans son cabinet.

Elle avait une peine extrême,
A prononcer le mot Meyer;
Elle tournait en *B* les *M*,
Et chacun comprenait Beyer.

De plus, elle n'était pas belle
Et je n'essaierai certes pas,
De décrire, peintre fidèle,
Ce qui manquait à ses appas.

Mais sans s'arrêter à la mine,
Sans contempler son teint pâli,
Meyer, aussitôt l'examine
Et trouve le corps du délit.

In der Nase tiefsten Gründen
Ist ein wunderschöner Ort,
Und dies Lied soll euch verkünden,
Was geschehen alles dort.
Früher dachte jemand kaum
An den Nasenrachenraum.

Bis einmal bei Herrn Meyer
Sich ein Mädchen eingestellt,
Die war taub ganz ungeheuer
Manches andere ihr noch fehlt.
Schön zum Beispiel war sie nicht,
Dumm dagegen ihr Gesicht.

In die Welt blickt sie apathisch,
Athmet durch den Mund sogar,
War indessen nicht asthmatisch,
Weil das noch nicht Mode war.
« M » und « N» das sprach sie nie
« Beyer » sagt statt « Meyer » sie!

Meyer nun mit seinem Finger
Untersuchte digital,
Und die sonderbarsten Dinger
Fand er dort in grosser Zahl.
Hierauf sagt er sich sogleich,
« Passt nur auf, gleich hab' ich euch »

« Parlez docteur, je serai brave,
» Dit-elle, que puis-je espérer ? »
« Guérir, dit Meyer, d'un air grave
» Mais il faudra vous opérer. »

Aussitôt prenant sa curette,
Il détruit la végétation,
Et délivre ainsi la fillette.
Après cette opération,

On la voit parler à merveille
Son intelligence renaît,
Elle retrouve son oreille,
Elle respire par le nez.

Messieurs, vous savez que l'usage,
Veut qu'une histoire ou qu'un roman
Finisse par un mariage,
Et qu'il n'en peut être autrement.

Il en fut de même pour elle,
Un amoureux le lendemain
Lui promettant d'être fidèle,
Accourut demander sa main.

Meyer a leur photographie,
Ils ne sont ma foi pas trop mal;
Au reste on sait que la copie
Ne vaut jamais l'original.

Et depuis lors les spécialistes
Voient chaque jour venir chez eux
Des filles qui rentrent fort tristes
Et qui sortent d'un air joyeux.

Aussi j'accorderai ma lyre
Pour vous chanter végétations !
Je veux que mes chants en délire,
Vous révèlent aux nations.

Virgile a chanté d'Eurydice,
Et les amours et le trépas,
Le Dante a de Béatrice,
Célébré les divins appas.

Beethoven eut Adélaïde,
Musset chanta Mimi Pinson,
Pour moi je veux qu'Adénoïde
Soit le sujet de ma chanson.

Que chacun maintenant s'apprête
A boire en l'honneur de Meyer,
Et pour terminer cette fête
Que chacun dise heureux et fier :

Und mit dem beringten Messer
Kratzte er das Mädchen aus,
Gleich hört die Patientin besser
Und sah gleich ganz reizend aus.
Ihre Sprache ist gesund,
Und sie athmet durch den Mund.

Und sie sprach : Ich danke herzlich'
Der Erfolg ist wunderbar,
Freilich war die Sache schmerzlich,
Doch die Stimme ist jetzt klar.
Gleich kommt auch ein junger Mann.
Bietet Hand und Herz ihr an.

Im Archiv von Herrn Schwartze
Hat Herr Meyer nun erzählt :
« Die Patientin besser ward se »
« Und sogar ist sie vermählt »
« Und als Brautpaar ihn und sie »
« Zeigt uns die Photographie ».

Viele, die nach einem Freier
Lang vergeblich blickten aus,
Sprachen : « O du guter Meyer »
« Kratz' uns auch die Nase aus ».
Meyer hat dies auch vollführt
Und zweihundert operirt.

Und in allen Regionen,
Wo es Specialisten giebt,
Haben an Vegetationen
Ihren Scharfsinn sie geübt.
Und sie bringen manchmal gar
Uns ein grosses Honorar.

D'rum für Euch, Ihr Wucherungen,
Glüh' ich wie ein Kauter heiss,
D'rum sei euer Lob gesungen
Töne euer höchster Preis ;
Und im Beethovenschen Liede
Schlösse ich : « Adenoide ».

Darum gilt die heut'ge Feier
Jenem lieben, braven Mann,
Dem Professor Wilhelm-Meyer
Der so viel für uns gethan,
Ihm und seinen Secretären
Die wir Alle hoch verehren.

Und weil mit der todten Sprache
Meyer uns bekannt gemacht,
D'rum in einer todten Sprache
Sei ein Hoch ihm jetzt gebracht :

« Meyer semper valeat ! »
« Vivat ! crescat ! floreat. »

Chanter sur l'air de la mélodie : *In der grossen Seestadt Leipzig, etc.*

Dr X***

Le propriétaire gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.